

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

343

Année 1891

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 juillet 1891, à 1 heure.

Par JEAN-BAPTISTE ROUX

Né à Pelotas (Brésil), le 2 juin 1864.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

DU CANCER & DES KYSTES
DU PANCRÉAS

Président : M. GUYON, professeur.

Jugés : MM. TARNIER, professeur.

BAR,
POIRIER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

343

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 juillet 1891, à 1 heure.

Par JEAN-BAPTISTE ROUX

Né à Pelotas (Brésil), le 2 juin 1864.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

DU CANCER & DES KYSTES DU PANCRÉAS

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. TARNIER, professeur.
BAR,
POIRIER, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU..
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉRE.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ANCIEN VICE-CONSUL DE FRANCE AU BRÉSIL

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

FILIAL HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN A L'HOPITAL NECKER

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LA CHARITÉ

M. LE PROFESSEUR PINARD

MÉDECIN ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE DE LA MATERNITÉ

M. LE DOCTEUR DUGUET

MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE

M. LE DOCTEUR HUTINEL

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

DU CANCER & DES KYSTES

DU PANCRÉAS

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec un véritable plaisir que nous saisissons l'occasion qui nous est donnée aujourd'hui pour témoigner notre reconnaissance à nos excellents et vénérés maîtres.

C'est avec la plus vive gratitude que nous remercions M. le Professeur Guyon pour tout l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurons jamais oublier les maîtres savants, aussi distingués que bons, dont nous sommes heureux et fiers d'avoir suivi les services. Nous les remercions pour toute la science qu'ils nous ont donnée et pour la bonté qu'ils ont maintes fois témoignée pour nous. M. Terrier, à l'hôpital Bichat, M. Duplay à l'hôpital Lariboisière, M. Pinnard à la Clinique d'accouchements, nous ont inculqué des principes en chirurgie et en obstétrique dont nous ne sortirons jamais. M. Duguet, à l'hôpital Lariboisière, nous a appris comment on devient clinicien. M. Hutinel, aux Enfants-malades et plus tard aux Enfants-assistés, nous a fait

faire les premiers pas dans la connaissance si laborieuse et si dangereuse des maladies infantiles.

Enfin nous nous reprocherions de finir cet avant-propos sans remercier de la façon la plus vive et la plus sincère M. le D^r Hartmann, prosecteur de la Faculté, qui non seulement a été un guide pour nous, mais aussi un ami des plus dévoués.

INTRODUCTION

Il faut bien l'avouer, jusqu'à ces dernières années, les maladies du pancréas avaient été délaissées, ce qui faisait dire à Arnozau dans son article du dictionnaire Dechambre : « On connaît peu les maladies du pancréas, on ne les recherche pas ». Si certaines affections d'ordre médical avaient été plus particulièrement étudiées, la chirurgie, par contre avait complètement laissé de côté les maladies de cet organe. « La rareté de ses maladies, le dédain que l'on a tout le temps mis à les rechercher, la crainte d'agir sur un organe aussi profondément situé, dit M. J. Boeckel, expliquent l'ostracisme dont il a été l'objet jusqu'à ce jour. »

Malgré tout, dans ces dix dernières années les observations d'intervention chirurgicale dans le cas de tumeurs du pancréas et en particulier des kystes se sont multipliées et sont venues jeter un grand jour dans l'étude de ces maladies. Sans vouloir entrer dans bien des détails et faire une historique aussi fastidieuse que fatigante à lire, il nous faut cependant en dire quelques mots et citer les auteurs qui se sont occupés des maladies du pancréas tant au point de vue médical que chirurgical.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies du pancréas peuvent être divisés en deux grandes classes : les médecins et les chirurgiens. Les médecins parmi lesquels il faut citer : HOLDEFREUND (*De pancreatis morbis diss.* Halæ, 1713) ; BUCHNER (*De damnis ex male affecto pancreatis,*

Halæ, 1759 ; CONRADI (*Handbuch der pathol. Anatomie.* Hannover, 1796) ; BARFORTH (*Dissertatio de morborum pancreaticis affection.* Lond., 1779) ; RAHN (*Scirrhusi pancreatis diagnosis.* Gottingen, 1796) ; SIEBOLD (*Historia systematis solevalis.* Iena, 1797) ; HORLESS (*Ueber die Krankheiten des Pankreas,* 1812) ; SELMACKPFEFFER (*Observ. de quibus, dam pancreaticis morbis.* Halle, 1817) ; EYTING (*Journal de Hufeland,* avril 1822) ; BECOURT, CRUVEILHER, LANCEREAUX, BONNAMY, MASSERAI, MILLIÈRE, ARNOZAN (*Dict. Dechambre,* article pancréas) et DECH se sont particulièrement occupés des affections cancéreuses de cette glande, affection se traduisant en clinique par l'apparition de phénomènes de compression des organes en rapport immédiat avec le pancréas.

Nous citerons entre autres les ictères chroniques par rétention dus à la compression du cholédoque, la dilatation de l'estomac et les symptômes de sténose pylorique dus à l'existence d'une compression soit du pylore, soit d'une des portions du duodénum.

D'un autre côté les chirurgiens s'attaquant à des tumeurs abdominales ont le diagnostic avait été le plus souvent incertain se sont trouvés en présence de kystes de ce viscère et on a vu paraître dans ces derniers temps de nombreux travaux dans différents pays sur les kystes de cet organe. Nous citerons en particulier les travaux de Senn (1) 1885 et de J. Bœckel (2) auxquels nous ferons de larges emprunts dans le cours de cet ouvrage.

(1) SENN. The Surgery of the pancreas or band upon experiments and clinic. *Remarks*, 1886.

(2) *Des kystes pancréatiques*, par M. J. BŒCKEL, 1891.

Ce n'est donc que dans ces dernières années que l'on a osé intervenir chirurgicalement dans les cas de kystes ou cancer du pancréas.

Qu'il nous suffise de citer les noms de Thiersch et de Bozenmann. Ce dernier qui le premier a tenté avec succès à l'étranger l'extirpation d'un kyste de pancréas. KULENKAMPF (*Berl. Klin. Woch.*, 1882, n° 7); GUSSENBAUER (12^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1883); DIXON (*New-York medic. Record*, mars 1884); KIEDEL (14^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1885); SENN, 1885; SALZER (Zur Diagnostik den Pankreaskyste; *Prager Zeitschrift für Heilkunde*, 1886, n° 1); ZUKOWSKI (Pankreascyste Laparatomie. Tod. *Prager Vierteljahrschrift*); HAHN (Ein Fall von Pankreascyste in *Centralblatt für chirurgie*, 1886, n° 2); KUSTER (Zur Diagnose und Therapie des Pankreascyste in *Berlin. Klin. Woch.*, 1887, p. 9); STEELE (Kyste du pancréas *The Chicago med. Journal and Examiners*, 1888); BULL (*New-York medic. Journal*, XLVI, p. 376); SUBOLIC (Ein operirter Fall von Pankreascyste *Wien. med. Zeiten*, 1887, nos 23 et 24); LARDY (Ueber Pankreascysten *Correspondenzbl. f. schw. Aerzte*, 1888 1^{er} mai), et quelques autres. Chez nous, Le Dentu, Anger, Tillaux et Péan se sont occupés des kystes et des tumeurs du pancréas au point de vue clinique. Mais le seul cas de kyste opéré en France à notre connaissance est celui de M. Hartmann.

Aussi, grâce à ces interventions multiples, les matériaux se sont accumulés, la question a repris de l'intérêt et il est actuellement possible d'élucider certains points qui jus-

qu'ici étaient restés dans l'obscurité. C'est ce que nous allons essayer de faire.

Il nous faudrait maintenant étudier l'anatomie pathologique et faire l'étude clinique de ces kystes, ou plutôt de cet épithélium kystique du pancréas. Mais auparavant il nous faut démontrer que cet épithélioma existe véritablement et que nous n'avons pas là une simple vue de l'esprit. Jusqu'ici on s'est occupé exclusivement que des kystes ou du cancer du pancréas et c'est justement sur ces kystes qu'il nous faut insister. L'anatomie pathologique et la pathogénie de ces kystes ne nous a pas paru toutefois suffisamment étudiée. C'est ainsi que dans une classification des plus récentes, celle de M. J. Bœckel, nous voyons successivement décrits des kystes hydatiques, des kystes purulents, des kystes hémorrhagiques et enfin des kystes proprement dits.

Il nous faut entrer dans une étude un peu détaillée de ces kystes.

Les kystes hydatiques dont nous ne parlerons guère, puisqu'ils ne rentrent pas dans la question, ne présentent rien de particulier au point de vue pathogénétique, ils sont ce qu'ils sont partout ailleurs.

Les *kystes purulents* eux ne présentent pas une variété pathogénétique. Ils sont d'après Bœckel d'origine inflammatoire ou métastatique. Mais n'est-ce pas avouer déjà par ces simples mots, qu'il n'y a pas là vraiment kyste à proprement parler, mais un abcès qui s'est enkysté ou un kyste qui a suppuré. Donc dans aucun cas nous ne pouvons admettre la classe de M. Bœckel de kystes purulents. Il nous a suffi du reste pour nous convaincre du peu de

valeur de cette classe de lire les observations que J. Bœckel cite à l'appui.

Nous lisons dans le mémoire de cet auteur, page 25 : « Mourlou (cité par Péan) nous a fait connaître l'observation d'une jeune fille, morte de gastro-entérite, chez laquelle le pancréas était réduit à l'état d'une vaste poche purulente close de toutes parts ».

« Banz a vu un grand kyste purulent s'ouvrir dans l'abdomen et la mort s'en suivre à bref délai ».

« Bœhring cite un cas analogue avec rupture du kyste dans le mésocôlon ».

Ajoutons l'observation de Rosenbach :

OBSERVATION I. — *Abcès du pancréas ayant entraîné une occlusion intestinale. — Laparotomie. — Mort.* — Onzième Congrès de la Société allem. de chirurgie, in *Centralbl. f. Chirurgie*, 1882. Supplément au n° 23, p. 66.

Femme de 57 ans. Depuis huit semaines elle est sujette à une constipation opiniâtre, accompagnée de douleurs. Bientôt surviennent des vomissements porracés. Collapsus.

L'hypochondre et le flanc gauches sont météorisés.

A la partie inférieure de l'estomac et derrière cet organe on constate une tumeur fluctuante, grosse comme une tête d'enfant. Elle descend jusque près du détroit supérieur et semble absolument fixe.

Les lavements forcés étant demeurés sans résultat, on pratique la laparotomie par une incision verticale, puis transversale de la paroi abdominale. Après avoir écarté le côlon transverse, Rosenbach cherche à isoler la tumeur ; son pourtour est infiltré. On n'arrive pas à dégager l'estomac. La tumeur déchire et donne issue à un liquide trouble, fétide. Le chirurgien vide la poche et la suture à la peau. Le péritoine n'est pas souillé.

L'ouverture du kyste est alors élargie et celui-ci désinfecté et drainé. Mort au bout de six heures.

Autopsie. — Nécrose du pancréas, qui avait donné naissance à un abcès situé derrière l'estomac.

L'occlusion intestinale avait été produite par compression.

Les *kystes hématiques* dus à un traumatisme direct ou indirect, ne sont certainement que des kystes de nature quelconque dans lesquels se sont produites des hémorrhagies, soit à la suite d'un traumatisme ; et il n'y a pas plus lieu de décrire sous le nom de kystes hématiques, les kystes du pancréas, qu'il n'y a lieu de décrire sous ce nom ceux de l'ovaire où se sont faites des hémorrhagies.

Malgré tout il nous faut donner ici quelques théories admises au point de vue de leur pathogénie :

1^{re} *Théorie.* C'est un kyste séreux devenu sanguin par rupture de parois friables (ce qui se rapprocherait de notre manière de voir).

2^e *Théorie.* C'est un épanchement de sang à la suite d'un coup et l'enkystement de cet épanchement. Même réflexion que la 1^{re} théorie.

3^e *Théorie.* C'est un mélanome primitif du pancréas qui étant soumis à l'action digestive continue du suc pancréatique aurait subi la transformation kystique (Grossenbauer).

4^e *Théorie.* Le sang proviendrait de l'action corrosive du suc pancréatique sur les éléments de la glande avec préexistence d'une poche kystique.

5^e *Théorie.* Enfin de même que le suc gastrique agit sur un ulcère de l'estomac, de même le suc pancréatique agissant sur un pancréas altéré est susceptible de déterminer des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

6^e *Théorie*. Enfin on a noté des kystes se produisant par une sorte d'apoplexie.

Il ne nous reste donc maintenant qu'une seule variété de kyste intéressante, les *kystes proprement dits* de M. J. Bœckel. Ce sont ces kystes que nous désirons particulièrement étudier.

On a dit qu'ils résultaient d'une obstruction du canal de Wirsung ou d'un canalicule accessoire ; obstruction relevant tantôt d'une coudure du canal pancréatique, tantôt d'un état catarrhal, le plus souvent de la présence d'un néoplasme, de calculs, de tissu fibreux de nouvelle formation.

Ces dilatations peuvent se trouver ou non sur le trajet des conduits excréteurs.

Mais dans l'intervalle des kystes, la substance pancréatique est rarement normale. Il existe une inflammation interstitielle, ou bien une dégénération graisseuse de l'épithélium avec intégrité du stroma conjonctif. Ces cas constituent une véritable dégénérescence, une maladie kystique du pancréas ; ils peuvent se combiner avec le cancer du pancréas ainsi que le prouvent des observations de Battenby, de Bécourt, de Cruveilhier et cela sans que les canaux excréteurs soient obstrués.

Il ne faudrait donc pas ici invoquer la rétention et cela détruirait la théorie de Klebs, théorie par laquelle l'inflammation catarrhale des canalicules, leur obstruction par des bouchons muqueux aboutiraient à la formation de ces kystes (*acné pancratica*). Pour nous, et nous n'hésitons pas à l'avancer, il y aurait là épithélioma kystique et on

aurait pu voir le développement de kystes dans le pancréas sans obstruction des canaux.

D'ailleurs nous avons pour nous les expériences physiologiques et des observations.

Ainsi donc, après avoir lu l'ouvrage de M. Bœckel et les différents auteurs traitant des kystes du pancréas, nous ne sommes pas satisfait. Il doit y avoir autre chose, aussi sommes-nous assez disposé à accepter l'opinion émise par M. Hartmann au dernier congrès de chirurgie qu'il s'agit là d'épithéliomas kystiques.

L'étude des observations nous a du reste permis de constater qu'à côté des kystes simples uniloculaires, il existait, intermédiaire à ceux-ci et aux cancers vrais, une série de cas qui permettent de constituer une série continue du cancer type du pancréas au kyste chirurgicalement uniloculaire.

Nous avons parlé tout à l'heure d'expériences physiologiques venant à l'appui de notre théorie : la non formation des kystes par rétention.

Claude Bernard en injectant du suif dans la glande a vu les conduits persister ; tandis que la cellule sécrétante disparaît complètement. De sorte que la glande finit par se détruire et les canaux dénudés par ressembler à un arbre dépouillé de ses feuilles.

La ligature du conduit a été tentée plus souvent que les autres opérations.

Langendorff a pu lier les canaux pancréatiques chez le pigeon avec un plein succès sans produire de kystes. On l'a fait chez le lapin.

Arnozan et Vaillard ont fait des expériences sur le lapin

dont ils ont lié le canal de Wirsung sans pouvoir provoquer de kystes pancréatiques. (Contributions à l'étude du pancréas du lapin ; lésions provoquées par la ligature du canal de Wirsung) (1).

Remy en répétant ces expériences n'a pu produire de kystes ; mais il a produit ainsi que Vaillard et Arnozan une sclérose très rapide de la glande et même comme une transformation ultime, une dégénérescence graisseuse. La prolifération du tissu conjonctif est véritablement étonnante par sa promptitude et son étendue ; elle paraît avoir pour facteurs principaux l'irritation des canaux, l'inflammation du parenchyme et l'irritation du tissu interstitiel normal par le sac résorbé. La glande est bientôt détruite d'une façon irréparable (10 à 15 jours). Cela se fait par une sorte de résorption du liquide.

Virchow dit bien, à propos d'un kyste du pancréas gros comme une tête d'adulte, que la tumeur est exactement située à l'endroit où elle devrait être, si elle avait pris naissance dans le canal de Wirsung. Mais en anatomiste prudent il ajoute : « Je ne veux pas affirmer que le kyste sans plus ample informé doit être considéré comme une ectasie », l'étude microscopique de sa paroi ne concordant pas avec cette hypothèse.

Senn (*The Surgery of Pancréas*, Philadelphia, 1888) a lié une série de fois chez des animaux en vie le canal de Wirsung sans pouvoir réussir à provoquer le développement d'un kyste.

Enfin si on a rencontré un certain nombre de fois à l'ouverture d'un cadavre une obstruction du canal de Wirsung

(1) *Archives de physiol.*, 3^e série, tome III, p. 287, 1884.

par une concrétion de carbonate de chaux, en amont de laquelle il s'était formé une poche kystique, mais une poche dont le volume ne dépassait jamais celui d'un poing; d'autre part dans les cas de kystes volumineux du pancréas opérés jusqu'à ce jour, on n'a jamais trouvé le canal excréteur de la glande oblitéré par une concrétion.

Enfin la plupart des observations se montrent sans oblitération des conduits excréteurs.

OBSERVATION II, de GOODMAN (1).

M. Z., colonel, 55 ans, entré dans l'armée en 1861 avec une excellente santé, pesant 190 livres. Dans l'été de 1862 jaunisse, diarrhée, toux, fièvre, considérées comme une attaque de malaria. Guérison.

Nouvelle diarrhée en 1863.

En juillet 1866 son cheval s'affaisse sous lui; M. Z. ressent immédiatement des douleurs dans le dos et les membres. On croit à un traumatisme de la moelle.

Depuis 1867 sa santé périclité.

En 1873, diarrhée incessante, sortie involontaire de matières ayant la consistance de l'huile douce et laissant des taches graisseuses sur les draps. Polydipsie. L'urine contient du sucre en grande quantité. Poids spécifique de l'urine: 1044; réaction acide, sans sédiments. Urates et acide urique diminués; chlorures en quantité normale. Pas d'albumine.

Les selles contiennent des cellules muqueuses épithéliales, à différents degrés de désintégration, et des matières étrangères; la plus grande partie est formée de graisse, sous forme de masses sphériques, résultat de l'agglomération interne de petits cristaux comme ceux de margarine. Grande solubilité par l'addition du chloroforme.

Mort de cachexie en 1876. Un ou deux mois avant sa mort hydropisie.

Autopsie. — Tubercules dans le pancréas, hydrothorax et hydropéricarde. Tumeur volumineuse dans la queue du pancréas. C'est un kyste à parois fermes, rigides, contenant un liquide jaune verdâtre, d'une consistance plus fluide que le blanc d'œuf. La dissection démontre que

(1) *Philadelph. Med. Times*, 22 juin 1878 et thèse BONAMY.

la cavité du kyste n'a aucune communication avec le canal pancréatique. Le canal s'étend de l'intestin à l'extrémité de l'organe, près du kyste, où il se termine brusquement. La lumière du canal est très large dans toute l'étendue du corps de la glande ; elle diminue seulement à l'approche du kyste. La partie du canal qui traverse la tête du pancréas pour se rendre à l'intestin est plus étroite que normalement ; la sonde pénètre difficilement dans ce conduit au niveau de l'intestin. Lorsqu'on ouvre le conduit à l'union de la tête et du corps, on y découvre deux sacs ou poches, renfermant une matière calculeuse.

Le tissu glandulaire de l'organe semble entièrement atrophié ; la tête du pancréas n'est constituée que par une masse du tissu fibreux, qui se continue avec du tissu connectif de nouvelle formation, agglutinant le pancréas, le duodénum et le côlon transversé. Le tissu conjonctif enveloppe les vaisseaux sanguins de la région ; il opère évidemment une pression, une constriction sur le conduit.

OBSERVATION III, de HAGENBACH (1).

Catherine B..., 45 ans, de Steinselz (Alsace) entre le 18 mai 1887 à la clinique interne de l'hôpital de Bâle.

Pas d'antécédents héréditaires, ni morbides, sauf une pneumonie contractée il y a quelques années.

La malade est mariée, elle n'a jamais eu de couches. Menstruation irrégulière.

Le début de la maladie actuelle date du 15 mai ; il a été brusque et s'est manifesté par des douleurs lancinantes dans toute la région du bas-ventre, sans causes appréciables. Vomissements incoercibles de matières verdâtres, amères, mêlées à différentes reprises d'une petite quantité de sang rouge.

Constipation depuis le 15 mai. Urines foncées.

État actuel, le 15 mai. Constitution chétive. L'abdomen est plat ; la moitié inférieure du ventre est souple, élastique ; l'épigastre et les deux hypochondres sont plus résistants et sensibles à la pression. Il n'y a pas de tumeur. Tous les organes sont normaux. Pas d'œdème des extrémités inférieures. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

(1) HAGENBACH. *Ueber conglisciste Pankreaskrankheiten und deren Behandlung* (Inaug. Dissert. Bâle, 1887).

La malade vomit d'une façon presque continue de grandes quantités de liquide verdâtre, peu odorant.

Douleurs très vives dans l'hypogastre.

Traitement. Repos au lit, application de glace sur l'épigastre ; glace à l'intérieur ; lavages de l'estomac. Ce traitement amène un certain soulagement dans l'état de la patiente.

Le 21 elle rend une selle copieuse, à la suite de l'administration de plusieurs lavements forcés.

A partir du 22, selles régulières, plus de vomissements.

Le 23 la langue est moins chargée, le ventre est souple, indolore, état général satisfaisant. Apyrexie.

Les jours suivants, l'état empire. Temp. entre 38,1 et 39,1. Pouls 110 ; épigastre très douloureux ; on songe à un carcinome de l'estomac, sans constater de tumeur. Il n'y a pas d'ictère.

Le 1^{er} juin, on constate pour la première fois la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, qui fait saillie sous le rebord costal droit. Les limites inférieures et latérales sont assez nettes ; à droite elle s'étend jusque dans le voisinage de la ligne mamillaire ; à gauche elle dépasse la ligne blanche de trois travers de doigt ; inférieurement elle déborde l'ombilic d'un travers de doigt.

Sa consistance est élastique ; elle n'est pas fluctuante mais très sensible à la pression. Elle présente une certaine mobilité latérale, mais ne suit pas les mouvements de la respiration. On y constate la présence de battements isochrones au pouls ; au devant de la tumeur on constate une zone de sonorité.

Le foie est normal et peut être délimité par la percussion dans toute son étendue.

L'abdomen est d'ailleurs aplati dans sa partie inférieure, insensible ; il n'y a pas d'ascite. Urines normales.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est l'apparition soudaine de la tumeur. Le 31 mai au soir, on n'en avait pas constaté trace ; la malade elle-même suppose qu'elle a dû se développer pendant la nuit, l'ayant sentie le matin pour la 1^{re} fois.

L'analyse des symptômes observés jusqu'à ce jour, la constipation datant de sept jours pleins, les vomissements opiniâtres et la grande sensibilité de la tumeur, plaident en faveur d'une torsion intestinale ; la tumeur elle-même ne serait que le résultat de l'arrêt plus ou moins subit des matières fécales, accumulées derrière l'obstacle.

Une intervention chirurgicale étant jugée nécessaire, on dirige la malade sur le service de chirurgie de M. le professeur Socin.

L'état relativement satisfaisant de la patiente, en particulier les caractères à peu près normaux de son pouls plaident en faveur d'une intervention immédiate.

On y procède à 10 heures 1/2 du matin de la façon suivante: Désinfection habituelle et chloroformisation. Incision de 12 cent. sur la ligne blanche; après ouverture du péritoine, l'estomac vient faire hernie; un aide est chargé de le maintenir dans l'angle supérieur de la plaie; un peu plus bas on tombe sur le côlon transverse, adhérent à la face inférieure du foie. Le bord libre du foie est, de même que la vésicule biliaire, parfaitement normal.

Au devant des vertèbres, et dans l'espace rétro-péritonéal se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, recouverte par le mésocôlon et à droite par le foie; immédiatement en avant de la tumeur se trouvent le côlon transverse et la grande courbure de l'estomac. La tumeur est fluctuante et sonore; elle fait saillie du côté droit sous le bord libre du foie, dans l'étendue d'un décimètre carré environ; l'estomac a été refoulé en haut, le côlon transverse en bas.

On pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire et on retire 30 cent. cubes de sang fluide, rouge foncé. L'opérateur s'abstient d'ouvrir le kyste plus largement; l'état de faiblesse de l'opérée contre-indique cette manœuvre, d'autant plus que l'on n'est pas sûr de pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie au fond de cette cavité. Puis une autre circonstance encore fait hésiter: la constatation d'une adhérence sous forme de bride, au niveau du côlon transverse, bride qui a considérablement rétréci le calibre de l'intestin. On sectionne la bride et on fait cheminer dans le bout inférieur le bol fécal arrêté en amont.

Suture de la paroi. Pansement au sublimé. Durée de l'opération deux heures.

Collapsus, pouls à 160. Mort à 6 heures du soir.

L'autopsie, pratiquée par le professeur Roth, révèle les détails suivants:

Rien dans les organes thoraciques.

Cavité abdominale: péritonite généralisée. La portion pylorique de l'estomac est presque verticale; elle est repoussée en avant par la tu-

meur, de telle manière qu'elle se trouve en contact avec la paroi abdominale. Le duodénum est en haut, le côlon transverse en bas.

Le petit bassin contient 50 grammes de liquide rougeâtre, trouble, qui au microscope, révèle la présence de nombreux globules rouges, des amas de fibrine avec des cellules rondes, et quelques grumeaux de pus. La tumeur est très peu mobile de gauche à droite. Le duodénum est aplati par la tumeur. Sur la circonférence antéro-inférieure de cette dernière, on constate une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, au centre de laquelle existe un trou gros comme un pois (trou de la ponction, d'où sort un liquide rougeâtre, analogue à celui que l'on a retiré du petit bassin). La forme de la tumeur est allongée; la partie qui correspond à la tête du pancréas est franchement fluctuante. Reins normaux. Cholédoque dilaté.

Le tissu pancréatique est friable; le canal de Wirsung est pâle, ses parois sont minces; après son coude il se bifurque en deux branches, qui aboutissent à une cavité creusée dans la glande; cette cavité renferme 130 grammes de matière brunâtre, visqueuse, adhérente en partie à la paroi; elle renferme des cellules rondes, des gouttelettes graisseuses et des globules sanguins décolorés.

La queue du pancréas est occupée par une cavité plus petite à parois lisses, renfermant un liquide grisâtre avec des grumeaux jaunâtres; ces deux cavités sont indépendantes l'une de l'autre.

Les dimensions du pancréas sont les suivantes: longueur: 19 centimètres $\frac{1}{2}$; diamètre vertical du kyste: 11 centimètres; diamètre horizontal: 6 centimètres.

Diamètre vertical de la queue: 6 centimètres.

Diamètre horizontal de la queue: 3 centimètres $\frac{1}{2}$.

Microscopiquement, la surface ainsi que le tissu cellulaire interstitiel de la glande sont en voie de prolifération; la substance glandulaire existe encore en grande partie; dans le voisinage du kyste elle a subi la dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION IV de ZUKOWSKI (ROKITANSKY) (*Wiener med. Presse*, 1884, n° 45).

Femme de 36 ans. Tumeur fluctuante, mobile, occupant l'abdomen, s'étendant à partir de deux travers de main au-dessus de l'ombilic jusque dans le petit bassin.

La tumeur a débuté il y a près de trois ans au niveau de la région épigastrique et s'est accrue depuis lors.

Diagnostic : kyste ovarique.

Nous passerons sur l'opération.

Mort le 9 mars.

Autopsie : Péritonite suppurée. La paroi postérieure du kyste renferme des excroissances, longues, molles, peu vasculaires ; le reste de la poche est lisse. Cette portion du kyste est en rapport avec le pancréas ; la tête de cet organe est bien visible ; le corps se continue à gauche avec la paroi du kyste, la queue fait défaut. Le canal de Wirsung est conservé au niveau de la tête et du corps ; en poussant une injection dans ce canal on constate que de nombreuses ramifications s'étalent sur la paroi kystique, même là où il n'y a pas de tissu pancréatique.

Analyse du liquide kystique : Le liquide du kyste est rouge brun, trouble, alcalin ; sa densité est de 1014 ; il renferme des grumeaux faiblement colorés, de l'hémoglobine, de la séro-albumine, de la séro-globuline, de la cholestérine, de la paralbumine et des sels inorganiques.

OBSERVATION V. — *Kyste du pancréas* par M. LE DENTU. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1865.)

Un homme de 26 ans, charretier, entre le 3 février 1862 à l'Hôtel-Dieu.

Il raconte que deux mois et demi avant son admission à l'hôpital il a reçu un coup de timon à la partie antérieure de l'abdomen, qu'un vomissement a suivi immédiatement l'accident, et qu'il a été obligé d'interrompre ses occupations pendant trois semaines. Il souffrait de douleurs assez vives et intermittentes dans l'hypochondre droit et l'épigastre.

Après avoir éprouvé quelque rémission dans les symptômes il recommence à souffrir : ses digestions deviennent difficiles ; elles sont accompagnées d'envie de vomir et de diarrhée. Pendant ce temps le malade maigrit et sa constitution s'altère.

A son entrée on constate au-dessous des fausses côtes droites une tumeur fluctuante limitée inférieurement par un bord tranchant qui simule parfaitement celui du foie par sa consistance et sa direction. La ligne de matité s'arrête aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre gauche.

Lé chef de service diagnostique un kyste séreux du foie, probablement enflammé, à la suite du traumatisme signalé plus haut.

Le 7 février, au moment de la visite, le malade éprouve une douleur subite dans l'abdomen, on s'aperçoit que sa tumeur a en partie disparu et que, à la place qu'elle occupait, la percussion produit un son hydro-aérique. Bien qu'aucune évacuation particulière n'ait eu lieu par l'anus on conclut, des phénomènes observés, que le kyste s'est ouvert dans le péritoine, et que le son hydro-aérique indique sans doute une communication ancienne ou récente de la tumeur avec l'intestin. Un traitement énergique est institué (calomel à doses fractionnées, frictions d'onguent napolitain sur l'abdomen) pour prévenir la péritonite ; celle-ci se produit mais peu intense. Elle disparaît en trois jours et cette circonstance est invoquée à l'appui du diagnostic qui avait établi la nature séreuse du liquide de la tumeur. Peu à peu le kyste se reforme et les choses reviennent à leur premier état. Le bruit hydro-aérique ne se perçoit plus.

Alors le chef de service, encouragé par un succès complet récemment obtenu par la méthode de Récamier dans le traitement d'un abcès du foie, se décide un peu à contre cœur à attaquer de la même façon la tumeur de ce second malade. On fait à des intervalles de deux ou trois jours, cinq applications de potasse caustique, et le 7 mars on fait une ponction au fond de l'eschare. Il s'écoule quatre à cinq cuillerées d'un liquide muqueux mélangé au sang de la plaie. Aussitôt le malade tombe dans un état d'anxiété extrême ; des douleurs internes se déclarent dans l'abdomen. Une heure après une péritonite existait et au bout de deux jours et demi le malade succombait.

A l'autopsie on découvre que le foie est parfaitement sain ; que l'eschare correspond à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y a point d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus soit arrivée jusqu'au péritoine. L'estomac est repoussé en avant par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois, qui s'en sépare facilement par la dissection, mais qui a avec le pancréas des connexions intimes. La glande ne paraît pas beaucoup diminuée de volume, mais elle est étalée sur la face postérieure de la tumeur, il est impossible de l'en isoler. La production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas. Le canal de Wirsung appliqué sur le kyste peut être suivi sans peine jusqu'à l'intestin. Le canal cholédo-

que et les vaisseaux hépatiques ne présentent aucune altération. Quant à la péritonite elle est des plus manifestes.

Vue extérieurement, la tumeur a une forme régulièrement sphérique ; à l'intérieur, ses parois ont un aspect grenu et une coloration rosée. Elles sont d'apparence fibreuse et ont près d'un centimètre et demi d'épaisseur. Dans un coin, se voit un petit cul de sac, vestige probable de la perforation qui s'était faite quelques jours auparavant.

Ceci dit, ces préliminaires étant posés, il nous faut entrer directement dans notre sujet. Nous désirons dans cette étude aborder successivement la description clinique et anatomo-pathologique de l'affection dite cancer du pancréas et de celle dite kyste du pancréas.

Puis dans une troisième partie nous réunirons une série de cas sur lesquels nous nous étendrons plus particulièrement, cas en quelque sorte intermédiaires aux kystes simples et au cancer vrai, nous permettant d'élucider l'histoire pathogénétique de ces diverses variétés d'affection.

PREMIÈRE PARTIE

Cancer du Pancréas

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Etude macroscopique. — Il est primitif ou secondaire, il peut occuper n'importe quelle partie de la glande, mais son siège habituel est la tête de la glande. Souvent limité à cette tête, il peut envahir tout l'organe. Contrairement au cancer les kystes occuperaient plutôt la partie moyenne ou la queue du pancréas.

Quoi qu'il en soit, que le cancer soit limité ou ait envahi tout l'organe, soit en s'étendant, soit en parsemant des nodules, la partie envahie est augmentée de volume et constitue une vraie tumeur.

Son volume varie de celui d'une petite mandarine à celle du poing et plus.

A la coupe le tissu est plus ou moins dur, résistant, laissant ou non écouler un suc cancéreux et cette coupe présente tantôt une apparence blanchâtre, tantôt rosée avec lignes rosées sinueuses.

La forme du pancréas est changée, il se retatine, devient globuleux.

D'importantes lésions de canalisation sont souvent la conséquence d'un carcinome développé dans la tête du pancréas. Le canal de Wirsung est oblitéré parfois soit par compression, soit par suite de l'envahissement de ses parois par la néoplasie ; dans ces cas les portions du canal situées dans le segment de la glande épargnées par le cancer se dilatent au point de pouvoir admettre le petit doigt dans leur calibre ou bien elles présentent des dilatations partielles qui donnent au conduit un aspect moniliforme.

Quelquefois de véritables kystes forment des bosselures multiples, une inflammation interstitielle scléreuse envahit le reste de la glande et l'organe se trouve ainsi totalement détruit soit par la tumeur elle-même, soit par les désordres qu'elle occasionne. On a vu et cela se rapproche de notre épithélioma kystique, des kystes au sein même du tissu carcinomateux. Parfois on a noté la coexistence de calculs. Ces lésions de canalisation ne succèdent pas fatalement à l'apparition d'une tumeur de la tête du pancréas ; quelquefois le reste de l'organe subit la transformation graisseuse ou l'atrophie simple ; quelquefois il demeure sain, ce fait ne peut s'expliquer que par la persistance de la perméabilité ou par l'oblitération tout à fait ultime du canal de Wirsung.

Étude microscopique. — Le cancer du pancréas peut affecter les diverses formes histologiques connues. Ancelet croit le squirrhe beaucoup plus fréquent que l'encéphaloïde. Rarement on a noté le cancer colloïde et mécanique. Enfin Wagner et Richard Pott ont observé chacun un cas d'épithélium à cellules cylindriques.

Il nous semble inutile d'entrer dans une étude histologique complète, ceci nous entraînant loin de notre sujet,

nous ferons une étude histologique plus longue et plus à propos quand nous parlerons de l'épithélioma kystique.

Lésions accessoires. — Tous les organes voisins du pancréas sont exposés à des lésions dépendant soit de l'extension de la tumeur, soit de la compression qu'elle exerce, soit des adhérences inflammatoires qu'elle détermine.

Le canal cholédoque est presque fatalement intéressé en raison des rapports qu'il affecte avec le pancréas. Ce qui explique cet ictère persistant noté dans toutes les tumeurs du pancréas.

Il peut être épargné lorsqu'il est simplement accolé à la glande sans la traverser et alors l'ictère fait défaut (*Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 83). Mais c'est l'exception, le plus souvent il est fortement comprimé, imperméable, les voies biliaires se dilatent, la vésicule se distend et peut constituer une véritable tumeur fluctuante ; ensuite toutes les lésions afférentes à l'ectasie des voies biliaires surviennent tour à tour.

Sans se propager directement au duodénum, le cancer du pancréas peut enserrer cette portion de l'intestin au point d'y rendre très difficile la circulation du chyme. De là dilatation considérable de l'estomac qui finit par occuper la plus grande partie de l'abdomen et reste à demi-rempli par les matières alimentaires ou les produits de sécrétion. Outre ces constrictions qu'il exerce sur les canaux qu'il entoure normalement, le pancréas dégénéré peut comprimer l'estomac et le refouler contre la paroi abdominale (Petit), comprimer le cardia, l'uretère, le colon, l'artère et la veine mésentérique supérieure, les vaisseaux spléniques

et beaucoup plus souvent la veine cave inférieure et la veine porte.

On a noté les adhérences avec les parenchymes et les membranes, adhérences avec le péritoine, épiploon, diaphragme, reins, foie, rate, capsule surrénale, rachis, etc.

Complications. — L'ulcération du cancer du pancréas n'est pas très commune, car le plus souvent le malade meurt sans laisser à la tumeur le temps d'achever son évolution; elle peut se faire à la surface interne du duodénum ou de l'estomac envahis eux-mêmes par la lésion, à la surface du canal cholédoque au bord supérieur du pancréas, elle peut envahir les reins, la colonne vertébrale. La veine cave peut être perforée; le diaphragme peut être perforé et il peut y avoir pénétration dans la cavité thoracique. Le cancer primitif du pancréas peut s'étendre aux ganglions lymphatiques voisins; se propager aux organes contigus et se généraliser à des organes éloignés (rare) foie, rate, reins, côlon etc...

CHAPITRE II

Étude clinique.

A. Symptômes. — Le début est essentiellement variable, ordinairement insidieux et difficile à distinguer dès le début, le cancer peut avoir évolué silencieusement pendant quelque temps et être passé inaperçu, et il ne se révèle quelquefois que par, soit de l'œdème des membres inférieurs, soit de l'ascite, soit par les phénomènes du diabète maigre si bien décrits par Lancereaux (tels que début brusque par polydipsie et polyphagie très accentuées ne se produisant d'abord que pendant le jour, mais ne tardant pas à apparaître également la nuit et entraînant alors par leur exagération des troubles digestifs plus ou moins sérieux. Le taux des urines atteint presque immédiatement 5 à 7 litres et le malade rend en moyenne 300 à 400 grammes de sucre, et l'émaciation survient au bout de peu de temps et coïncide avec une faiblesse considérable par un affaiblissement très notable des fonctions intellectuelles et une impuissance absolue. La chute des dents et l'alopécie sont des plus fréquentes. Enfin la marche de cette affection est rapide et sa durée est courte. Rarement on a noté dès le début des phénomènes de sténose pylorique ou de l'ictère par obstruction des voies biliaires.

Ce qui est le plus fréquent c'est le début insidieux du cancer, ce début insidieux est caractérisé par de la cachexie

précoce, de l'amaigrissement. Le malade devient pâle, ter-
reux, il a la peau sèche ; il y a perte de forces et affaiblis-
sment général ; en même temps ou après se montrent des
troubles de la digestion, nausées, vomissements alimen-
taires, bilieux, grassex ou marc de café, anorexie, dégoût
et non digestibilité des matières grasses, constipation ou
diarrhée grasseuse, salivation abondante, lipurie. Tout
cela est accompagné ordinairement de douleurs plus ou
moins intenses, gravatives, contuses ou lancinantes sié-
geant profondément à la région épigastrique et ombilicale,
s'irradiant un peu partout, présentant le caractère continu
ou intermittent, revenant parfois sous formes d'accès (né-
vralgies cœliaques).

A la période d'état, le cancer présente quatre grands *si-
gnes fonctionnels* :

Les phénomènes de sténose pylorique.

L'ictère progressif intense.

La distension de la vésicule.

La stéarrhée avec vomissements et amaigrissement ra-
pides.

Enfin on aurait noté dans la plupart des cas le foie petit.

Les phénomènes de sténose pylorique peuvent être pré-
coces ou ne survenir que tardivement. Dans certains cas
on n'a noté que ce signe, comme nous le verrons dans une
observation à la fin de ce chapitre. D'ordinaire cette sté-
nose du pylore entraîne à sa suite une dilatation énorme
de l'estomac, accompagnée d'une sonorité étendue à pres-
que tout l'abdomen, et du bruit de glouglou caractéristique
s'accompagnant souvent de vomissements intermittents
excessivement abondants et de phénomènes d'auto-intoxi-

cation, refroidissement des extrémités, sensation de doigt mort et nodosités de Bouchard au niveau des deuxièmes phalanges. C'est là un grand signe de cancer du pancréas souvent pathognomonique.

Un autre signe excessivement important mais qui peut manquer parfois est l'ictère. Cet ictère peut se manifester au début ou tardivement, suivre ou précéder les autres symptômes. Quoi qu'il en soit cet ictère a des caractères particuliers, il est progressif, continu, débutant par une légère coloration jaunâtre au niveau des muqueuses, des conjonctives et de la sclérotique, puis allant progressivement en augmentant de couleur depuis le jaune clair jusqu'au jaune olivâtre, jaune verdâtre presque noir. Ordinairement cet ictère est total, il s'accompagne de prurit siégeant ordinairement à la paume des mains et à la plante des pieds entre les orteils, plus intense la nuit dans les appartements chauds ; prurit exagéré par la nourriture et le grattage. On note souvent du prurigo, de l'urticaire, du lichen, des furoncles, des anthrax, du xanthélasma ordinairement limité aux paupières qui peut être plan ou tubéreux.

La sueur donne une teinte jaune au linge, le lait est rarement teinté ainsi que la salive. Du côté de l'œil on voit la coloration jaune des humeurs (xanthopsie) etc...

En même temps on note des signes gastro-intestinaux. Langue sale saburrale avec enduits, teinte jaunâtre, goût amer particulier, anorexie, dégoût des aliments (matières grasses) goûts bizarres exclusifs (substances pimentées), digestions lentes, lourdes, gonflement de l'épigastre, céphalée le matin au réveil, maigreur extrême, constipation, fréquemment matières très fétides de coloration blanchâ-

tre ; on a noté l'absence de stercorine, de cholestérine, la graisse y existe en abondance.

Du côté du système circulatoire on note le ralentissement du pouls qui peut être dur, résistant, ou petit, dépressible. Parfois on a noté un bruit de souffle cardiaque avec maximum d'intensité à la pointe, et ne persistant pas si l'ictère disparaît ; il diminue et cesse quand une accélération fébrile survient.

Enfin dans le cours de cet ictère on peut noter des accès ressemblant à des accès de fièvre intermittente s'accompagnant de recrudescence de l'ictère après l'accès et de diminution de l'urée pendant l'accès. Cette fièvre est tierce ou quotidienne, l'heure des accès n'est pas régulière, et ces accès sont le plus souvent vespéraux plutôt que matutinaux. Quelquefois on note des séries d'accès ou des accès espacés.

Les urines présentent les caractères des urines ictériques. C'est dans ces cas d'ictère chronique par rétention ou obstruction que la vésicule est énormément dilatée. Elle fait une saillie appréciable à la palpation au niveau de l'hypochondre droit au-dessous du rebord des fausses côtes et par la percussion on peut noter une augmentation de la matité de cette vésicule.

Enfin du côté des phénomènes qui se passent du côté du tube digestif, il en est un qui a une importance considérable, nous voulons parler de la stéarrhée ou présence dans les selles d'une matière grasseuse et avoir le pancréas intact et inversement des lésions pancréatiques profondes ne pas déterminer d'évacuations grasseuses. Quoi qu'il en soit, les selles grasseuses peuvent revêtir plusieurs

aspects (thèse Bonamy), d'abord celui de globules de grosseur variable (pois, noix), de consistance butyreuse fondant par la chaleur et brûlant comme une bougie, surnageant parfois, et formant une sorte de pellicule au-dessus des matières liquides où elle se fige comme sur du bouillon.

Pour s'assurer que cela est bien de la graisse, voilà comment on doit procéder d'après Bonamy.

Prenant avec une cuiller toute la partie supérieure des matières fécales on la mélange à de l'éther, on agite un instant et on filtre, on obtient ainsi un liquide jaune qui n'est autre que l'éther renfermant la matière grasse. Si l'on prend alors un morceau de papier et qu'on le trempe dans le liquide de l'expérience après avoir laissé évaporer l'éther, le papier reste transparent comme s'il eut été trempé dans de l'huile. En laissant de même à l'air le flacon qui contient le liquide filtré, on trouvera également au fond du flacon, lorsque l'éther sera évaporé une matière grasse, fluide, d'une coloration jaune ambrée, brûlant avec une flamme bleuâtre si l'on y met le feu et qui n'est autre que la graisse.

Cette graisse provient de l'alimentation ; elle passe dans les selles soit par défaut d'émulsion par le suc pancréatique, soit par défaut d'absorption, par compression des gros trous lymphatiques par le pancréas dégénéré.

Mais il faut noter aussi (Bœckel) que Ancelet Friedreich et Clark ont signalé un fait très curieux à savoir : la persistance de la stéarrhée malgré la suppression de toute graisse dans l'alimentation ; ces auteurs ont supposé que cette graisse provenait de la désassimilation des tissus.

Au point de vue des signes physiques :

L'inspection fait voir tantôt de l'ascite, tantôt une tumé-

faction siégeant au niveau de l'épigastre et allant jusqu'à l'ombilic, empiétant à droite et à gauche vers les hypochondres.

A la palpation, s'il n'y a pas ascite on peut sentir en déprimant fortement les parois abdominales au niveau de la région épigastrique et ombilicale une tumeur de volume variable, variant du volume d'un œuf à celui de deux poings réunis. Ordinairement cette tumeur est allongée dans le sens transversal, sa forme générale est arrondie, assez régulière; souvent elle est difficile à circonscrire, tantôt présentant une face à peu près lisse, tantôt présentant des bosselures, parfois même une saillie plus volumineuse que toutes les autres, arrondie, lisse, présentant une sorte de fluctuation. Cette tumeur peut donner une fausse sensation de fluctuation par endroits, tandis que dans d'autres elle présente les sortes de noyaux durs, à consistance ferme avec une certaine rénitence; la glande paraît avoir été injectée au suif. Cette tumeur dans le cas de cancer est ordinairement mobile soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal à cause des adhérences.

A la percussion, parfois dans toute l'étendue de la tuméfaction il y a matité. Parfois au contraire il y a une sonorité relative. Cela vient ordinairement de l'estomac, il a pu être refoulé par la tumeur et se trouve au-devant d'elle.

La tumeur née profondément en arrière et au-dessous de l'estomac étale et distend la portion d'épiploon intermédiaire à l'estomac et au côlon transverse, refoulant en haut l'estomac et en bas le côlon; aussi n'est-elle pas directement en rapport avec le foie et est-il possible dans la per-

cussion de séparer la matité de la tumeur de celle de ce viscère.

Les signes de la percussion n'ont de valeur qu'autant que la tumeur ne remplit pas la cavité abdominale (Boeckel).

Dans ces cas il y a matité générale qui ne permet pas de délimiter les organes voisins ; dans ces cas le diagnostic est très difficile et ce n'est ordinairement que par les commémoratifs et les antécédents qu'on arrive à quelques notions touchant la nature de la maladie.

Ces diverses explorations déterminent un peu de sensibilité locale sans douleur vraie dans la majorité des cas.

A l'auscultation on a noté un bruit de souffle par compression de l'aorte, disparaissant parfois quand le malade se penche en avant. Parfois la tumeur présente des soulèvements et paraît être animée de battements.

B. Marche, durée et terminaison. — La *marche* est extrêmement rapide avec 3 périodes.

1° De début. Douleurs vagues et surtout des troubles digestifs consistant en vomissements et mauvaises digestions. Le malade commence à maigrir et à avoir une teinte légèrement subictérique ;

2° Dans la 2^e période ou d'état, la douleur augmente, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents et l'ictère se prononce, la cachexie devient considérable ;

3° L'ictère va en augmentant, il y a de la diarrhée et des sueurs profuses et enfin le malade s'éteint dans le marasme.

La marche est régulièrement progressive.

La *durée* est essentiellement variable, elle est ordinairement très courte, 2 à 5 mois.

La *terminaison* la plus habituelle est la mort ; cette

mort peut être due à la cachexie, à des hémorrhagies abondantes, des vomissements incoercibles, des diarrhées rebelles.

La mort peut être encore plus rapide et être amenée par des complications soit générales (dénutrition générale, destruction, atrophie du pancréas), soit locales (perforation de l'estomac, ouverture de l'artère splénique de la veine cave, de l'artère splénique de la coronaire stomachique, pylé-phlébite, occlusion intestinale, généralisation du cancer à d'autres organes).

Le pronostic en est donc très grave et presque toujours fatal.

OBSERVATION VI. — *Cancer primitif du pancréas* par E. LABBÉ, interne des Hôpitaux. *Bull. Société anat.* 1865 (résumée) th. BONAMY.

Simonin, 75 ans, constitution chétive, rien à signaler dans ses antécédents. Père et mère morts dans un âge avancé.

Vers le 24 décembre 1864, il fut pris de violentes douleurs dans l'abdomen, concentrées au niveau de l'épigastre et s'irradient dans toute la cavité abdominale, quelques vomissements bilieux. En janvier 1865 amaigrissement notable, embarras gastrique avec nausées, teinte subictérique qui va se prononçant de jour en jour. Vers le mois de mars, le malade devient très faible, l'appétit se perd — constipation — au mois d'avril il vomit tout ce qu'on veut lui faire avaler. Il meurt le 26.

Autopsie. — Léger épanchement ascitique ; foie de volume normal ; 15 à 20 noyaux d'encéphaloïde disséminés à la surface de l'organe, relié au diaphragme par des adhérences multiples. Tête du pancréas, volumineuse, adhérente à la deuxième portion du duodénum, la partie interne de cette deuxième portion est détruite ; la tumeur a comblé la perte de substance. A la coupe le pancréas présente un aspect lardacé, fortement coloré en jaune par la bile. Le canal de Wirsung est très dilaté (petit doigt), ainsi que le canal cholédoque, qui au niveau de son embouchure est entouré par la tumeur pancréatique. Le pertuis

qui représente l'embouchure du canal, est de la grosseur d'une tête d'épingle.

Vésicule biliaire dilatée et remplie de bile.

Veine porte un peu comprimée, par des caillots dans son intérieur.

L'examen microscopique a été fait par M. Ranvier qui a trouvé les caractères d'un encéphaloïde à marche rapide. Les noyaux du foie sont aussi manifestement cancéreux.

OBSERVATION VII. — *Cancer de la tête du pancréas ; diabète sucré etc...*

FRERICHS, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*. Traduction franç. de DUMÉNIL et PELLAGOT, 3^e édition, p. 147. Thèse LEPIERRE.

Guillaume Vogel, maçon, 50 ans, fut admis à la clinique, le 13 février 1854 et mourut le 19 avril.

Depuis un an, suivant son rapport ce malade éprouvait à la région épigastrique des douleurs qui n'étaient que passagères, et fixaient peu son attention parce qu'elles n'occasionnaient aucun trouble notable dans sa santé générale. Depuis le commencement de décembre, c'est-à-dire depuis environ 3 mois, les téguments avaient pris rapidement une teinte ictérique ; en même temps les douleurs, tout en restant passagères, se faisaient sentir plus vivement dans la région du foie et s'irradiaient vers l'épaule droite. On observa, en outre, à différentes reprises, dans les selles, des masses ayant l'aspect du goudron, sans que la nature des aliments pût être invoquée comme cause de cette coloration.

La peau du malade est d'un jaune brun ; le ventre mou et peu distendu sans douleur à la pression. Le foie est situé plus profondément qu'à l'ordinaire. Son volume est un peu augmenté. L'obscurité du son, fournie par la percussion, occupe 13 centimètres sur la ligne sternale ; 12 centimètres sur la ligne du mamelon ; 11 centimètres sur la ligne axillaire. On sent le bord tranchant de l'organe à peu près à 2 pouces au-dessous des fausses côtes ; à gauche ce bord est mince et donne la sensation d'une soupape ; en le suivant du côté droit on arrive à deux pouces et demi à droite de la ligne blanche, sur une tumeur pyriforme, lisse, élastique, qui se déplace dans les mouvements respiratoires et présente de la sensibilité à la pression. Cette tumeur dépasse le bord du foie d'environ 7 centimètres à gauche ; à côté d'elle et un peu plus

haut la main exploratrice arrive par une pression plus profonde sur une autre tumeur dure inégale, qui ne se déplace nullement, mais dont on ne peut déterminer exactement la forme. Une selle qui venait d'être rendue était formée de matières semblables à du goudron, évidemment colorées par du sang, et témoignant d'une hémorrhagie siégeant dans la partie supérieure de l'intestin.

L'appétit est conservé ; pas de vomissements ; pouls 60. Le cœur est à l'état normal. On entend, au sommet des deux poumons, une respiration rude, et la percussion y donne un son obscur, dans un espace circonscrit. L'urine a une couleur brune verdâtre ; elle est en quantité convenable et ne contient pas d'albumine. Le diagnostic dut porter sur une oblitération du canal cholédoque par un carcinome du pancréas, avec participation vraisemblable du pylore. En faveur du siège de produit de nouvelle formation dans le pancréas, on avait la situation, la fixité complète et la forme de la tumeur, plus globuleuse qu'on n'a coutume de la rencontrer dans le simple cancer du pylore. Que dans le voisinage de ce dernier, les parois de l'estomac ou du duodénum fussent atteintes, c'est ce que paraissait indiquer l'aspect goudronneux des selles, observé de temps en temps.

Nous ne nous dissimulons pas que l'hémorrhagie provenant d'un carcinome, n'est pas habituellement assez considérable pour colorer entièrement en noir les évacuations par la partie inférieure, et qu'en revanche elle est ordinairement plus persistante que dans ce cas particulier où il y avait de larges intervalles entre les hémorrhagies.

Malgré l'emploi de la rhubarbe, de l'aloès, du chlorhydrate de fer, l'état du malade ne changea pas essentiellement pendant six semaines ; seulement il maigrissait graduellement tout en ayant un bon appétit et une alimentation succulente. L'hémorrhagie intestinale ne revint pas, les selles furent argileuses, sans mélange de bile.

A partir du 15 mars, on remarque que la teinte ictérique de la peau s'affaiblit sans qu'on trouve de bile dans les selles. La cause de ce changement paraît être dans l'augmentation de l'excrétion urinaire.

Rate adhérente à l'arc du côlon, parenchyme modérément congestionné. Le foie descend plus bas qu'à l'ordinaire ; son volume n'est pas changé ; les voies biliaires sont toutes considérablement dilatées.

Estomac contracté ; la membrane interne est recouverte de mucosités grisâtres visqueuses. Le duodénum est revêtu d'une couche épaisse de mucus blanchâtre ; sa membrane interne est boursouflée et d'un gris

sale, le point correspondant à l'orifice du canal cholédoque et de Wirsung proémine sous forme d'une papille blanche, solide. Il n'y a nulle part d'ulcération. La tête du pancréas est infiltrée d'une substance fongueuse grise, ramollie par place et unie aux parois du duodénum. Dans l'intérieur de la masse cancéreuse, on voit des cavités en forme de kystes, dépendant du canal de Wirsung, avec des parois érodées et un contenu muqueux incolore. Ce qui a été épargné du pancréas est atrophié; le canal de Wirsung considérablement distendu, présente de nombreuses cellules séparées par des saillies valvulaires et remplies de produits de sécrétion. On peut recueillir à peu près une drachme 1/2 de ce produit. Le liquide trouble se coagule en partie au contact de l'air; le coagulum consiste en globules saillants, gélatineux et sous le microscope on y voit des cellules semblables aux corpuscules du pus, présentant en partie la dégénérescence graisseuse, enveloppées d'une masse grise striée. La réaction est faiblement alcaline; le produit filtré après addition d'eau, ne donne aucun précipité par l'ébullition. L'acide nitrique ainsi que l'acide acétique y déterminent un trouble évident; le précipité formé par ce dernier se redissout en partie dans un excès du réactif; rien d'anormal dans l'intestin grêle.

Lès reins ont leur volume normal et sont modérément congestionnés; leur structure est intacte, on observe seulement une faible coloration ictérique de l'épithélium glandulaire. La vessie contient une grande quantité d'urine dans laquelle on trouve du pigment biliaire, mais pas de sucre.

OBSERVATION VIII. — *Cancer de la tête du pancréas.* — Observation de M. ARNOZAN recueillie à la Charité dans le service du Dr DESNOS suppléé par M. le Dr RATHERY (thèse BONAMY).

Marie Réveillon, 39 ans, ménagère.

Cette femme qui jouissait d'une bonne santé antérieure a vu survenir depuis le mois de janvier un amaigrissement progressif assez rapide. Le début des accidents a été assez aigu et a ressemblé à une indigestion. Depuis le mois de mai, développement du ventre et ictère. En même temps la malade éprouvait brusquement de vives démangeaisons et présentait une éruption de taches vagues, — qu'elle décrit mal — et qui a laissé après elle une desquamation par lamelles assez larges sans caractères définis.

Elle entre à l'hôpital le 30 août, salle Saint-Vincent, lit n° 24.

Etat actuel. — Ictère très foncé, généralisé. Conjonctives jaune d'or. Peau sèche, couverte sur le dos et sur les cuisses de petites squames et de croûtes de grattage. Pas de démangeaisons plus vives dans la paume des mains. Pas de xanthélasma.

Les urines contiennent la matière colorante et la résine biliaire (précipité par acide azotique, dissous par alcool). Selles décolorées.

Le ventre est irrégulièrement tuméfié avec saillie ovoïde, dirigée obliquement de l'hypochondre gauche vers l'hypogastre ; il conserve cette forme dans toutes les positions qu'on fait prendre à la malade. Effacement complet de l'échancrure costo-iliaque gauche, remplacée par une saillie.

D'après la malade, la tuméfaction aurait débuté par un point très précis, qu'elle désigne en avant de la ligne axillo-iliaque, entre les fausses côtes et l'os des îles.

Pas de développement veineux sous-cutané.

Dépissement incomplet de la cicatrice ombilicale.

Palpation. — Pas d'œdème de la paroi abdominale, qui est fortement tendue ; on ne trouve pas de tumeur limitable, même dans les points où la tuméfaction est le plus accusée.

Percussion. — Il n'y a nulle part de matité véritable. A l'hypogastre, dans une étendue de trois travers de doigt au-dessus du pubis, on constate bien une zone mate, mais elle est due à la réplétion de la vessie. Partout ailleurs, la percussion superficielle donne une sonorité franchement tympanique peu nette toutefois, dans les régions où la tuméfaction prédomine. On n'obtient pas de changement dans les résultats de la percussion en faisant déplacer la malade.

Impossible de tracer une limite entre les points franchement sonores et ceux qui le sont moins.

Sonorité égale et très claire dans les deux régions lombaires en dehors des masses musculaires. Un peu de matité des deux côtés, juste au-dessous des côtes iliaques.

Il est bien difficile d'affirmer qu'il existe du liquide dans l'abdomen.

Pas de douleur spontanée ; la pression, sur le point que la malade désigne comme le premier tuméfié, réveille une douleur assez vive et le besoin de vomir.

9 septembre. — Rien de changé. La percussion refaite avec soin confirme les résultats de l'exploration précédente. Le point culminant de

la tumeur (un peu en dedans du flanc gauche) est assez mate. Au-dessous, sonorité franche.

Toujours zone mate sus-pubienne, dans les mêmes circonstances.

Un peu d'œdème des parois abdominales.

Cicatrice ombilicale dépliée ; à ce niveau la paroi est plus molle, plus facile à déprimer qu'ailleurs, mais on peut le faire sans provoquer de vives douleurs.

Toucher vaginal : culs-de-sac libres, col entr'ouvert.

Par la percussion, on trouve la matité de la rate distincte de celle de la tumeur.

Selles absolument décolorées, sans couches graisseuses. Urines rares, franchement ictériques, avec matière colorante et résine biliaire, sans albumine ni sucre.

Vomissements habituellement quotidiens ; au dire de la malade, ils reviennent chaque soir, vers six heures ; elle souffre lorsqu'ils manquent. Elle n'est soulagée que lorsqu'elle a vomi.

Chaque jour elle vomit à peu près une pleine cuvette d'eaux jaunâtres et de matière pâteuse ayant absolument l'aspect du chocolat tourné, assez clair, où le microscope découvre de la graisse et des leucocytes ; la graisse est très abondante. Jamais, ou presque jamais de vomissements alimentaires.

Pas d'œdème des jambes.

Maigreur excessive. Ictère peut-être un peu moins foncé.

Langue assez bonne. Pas de démangeaisons actuellement.

Le 16. En pratiquant la percussion de l'hypogastre, aussitôt après la miction, on ne trouve pas de matité ; mais il n'existe pas non plus de sonorité tympanique. On obtient un son hybride que l'on rencontre sur presque tout le côté gauche de l'abdomen.

Sonorité pourtant assez marquée au-dessus et un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Le 23. Le matin, la malade va à la garde-robe ; elle fait un effort, puis éprouve une sensation de déchirure et une douleur intense dans l'abdomen.

Le ballonnement augmente à vue d'œil. Cyanose rapide.

Mort en moins d'une heure.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, dégagement de gaz fétides, à l'ouverture de l'abdomen. Les parois étant écartées, on trouve, à la place où la tumeur était le plus saillante, près du flanc gauche,

L'estomac énormément distendu, remplissant la moitié gauche de l'abdomen, et portant sur sa face antérieure, près de la grosse tubérosité, une déchirure de 6 cent. de long environ. Sur les bords de cette déchirure, le péritoine est décollé, et les lèvres de la séreuse, déchiquetées, ont subi un écartement plus grand que celles des tuniques sous-jacentes. Par cette déchirure s'échappe en abondance un liquide tout à fait semblable à celui des vomissements, liquide qui s'est épanché dans tout le péritoine en telle quantité, qu'il est impossible de savoir si pendant la vie il y avait de l'ascite. Cependant, l'aspect macéré du péritoine, la facilité avec laquelle on écarte les anses intestinales et les divers viscères, ne permettent pas de douter qu'il y ait eu un peu de sérosité épanchée. Pas de trace de péritonite.

L'estomac descend jusqu'à l'épine iliaque par sa grande courbure ; celle-ci remonte ensuite vers le pylore qui occupe sa situation normale. Mais, vu la quantité des matières que la perforation a laissé tomber dans le péritoine, on peut affirmer que l'estomac devait pendant la vie descendre plus bas (jusqu'au niveau du pubis).

Le pylore est extrêmement rétréci et laisse à peine passer une sonde cannelée. Il n'y a ni ulcération ni tumeur saillante dans la cavité de l'estomac, mais la première et la seconde portion du duodénum sont enserrées par une tumeur qui paraît primitivement développée dans la tête du pancréas, et a concentriquement resserré ces parties de l'intestin.

L'ampoule de Vater paraît normale. L'orifice du canal cholédoque ne laisse pas passer un stylet au delà de quelques millimètres. Le canal cholédoque est compris dans la tumeur.

L'orifice du canal de Wirsung laisse passer un stylet jusqu'à 3 ou 4 centimètres.

La caroncula minor a son aspect habituel ; la partie du duodénum à laquelle elle correspond, repose sur la tumeur.

Dilatation énorme de la vésicule et du col. La pression ne peut en faire sortir la bile.

Volume du foie normal. Couleur jaune-verte.

Dilatation énorme des canaux biliaires intra-hépatiques (plusieurs sont de la grosseur de plumes de corbeau). Coupe d'aspect granité.

Semis de petits points vert foncé (canalicules dilatés) sur un fond jaune-vert clair.

Pas d'adhérence de la capsule.

Les deux dernières portions du pancréas sont saines.

La tumeur dont nous avons parlé est donc bosselée, criant à la coupe, de la grosseur d'un œuf de dinde, adhérente au péritoine et au duodénum.

Rate petite, à sa place.

Reins ictériques.

Poumons et cœur sains.

Cerveau non examiné.

DEUXIÈME PARTIE

Kystes du pancréas.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ces kystes se développeraient, suivant J. Bœckel, par le phénomène de la rétention. Nous savons ce qu'il en est.

Quoi qu'il en soit les kystes peuvent siéger sur les parties latérales des conduits principaux ou être au niveau des acini de la glande.

Relativement à leur siège (Bœckel), M. Le Dentu indique le corps de la glande comme étant leur lieu de prédilection, puis vient la queue, la tête, elle, est moins souvent atteinte. Sur 22 cas recueillis par M. Le Dentu, dix fois le kyste siégeait dans la queue, quatre fois dans la tête, et une seule fois dans le corps, sept fois le siège n'est pas indiqué; ils peuvent être superficiels ou profonds.

Ils sont le plus souvent uniloculaires, rarement multiloculaires. Quand le kyste est volumineux, il est unique; quand il est multiloculaire, les kystes sont ordinairement petits. Ils présentent un volume variable allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse orange (cela est surtout le fait d'un kyste uniloculaire).

Quant aux kystes uniques ils atteignent souvent le volume d'une tête de fœtus ; d'autres fois ils sont très volumineux et remplissent alors tout l'abdomen. Ordinairement ce kyste est situé entre l'estomac et le côlon recouvert par le ligament gastro-colique tendu et allongé.

La partie supérieure est recouverte par l'estomac dilaté, sa partie inférieure et gauche est circonscrite en forme d'arc par la courbure gauche du côlon. Le kyste se dirige ordinairement vers le mésocôlon transverse qu'il refoule en avant, s'en coiffe, fait alors saillie dans l'arrière cavité des épiploons, de telle façon qu'il correspond à la paroi postérieure de l'estomac, et à celle du ligament gastro-côlique allongé. Au-devant de lui se trouve encore l'épiploon. Quand le kyste augmente de volume, il s'insinue entre l'estomac et le côlon transverse et finit par atteindre la paroi abdominale en refoulant les intestins à gauche et à droite, en abaissant le côlon, en refoulant en haut l'estomac. On a pu noter les déplacements des vaisseaux, surtout quand le kyste se développe au-dessus de la face postérieure et supérieure du pancréas.

Le kyste peut déterminer des adhérences avec les organes ci-dessus cités, mais il peut aussi comprimer certains organes, ce sont le pylore, le duodénum, le canal cholédoque, l'uretère, l'aorte abdominale, la veine cave inférieure, la veine porte, les vaisseaux mésentériques supérieurs, les vaisseaux spléniques, le ganglion cœliaque, le plexus solaire.

Au point de vue de la structure il nous faut considérer la paroi et le contenu.

La paroi ou surface externe des kystes est tantôt sphéri-

que (Le Dentu), tantôt inégale et bosselée. Les parois fibreuses dans leur plus grande étendue sont d'une épaisseur variable et renferment parfois des noyaux crétacés. Parfois elles sont tellement minces, qu'on peut distinguer à travers le contenu du kyste.

Ce kyste étant intimement soudé au pancréas, sa surface interne est tantôt lisse, tantôt inégale, réticulée, parcourue par des brides incomplètes au niveau des bosselures ; on voit des diverticulums communiquant avec le kyste principal par des prolongements cellulo-fibreux.

Bœckel se rapproche de notre manière de voir quand il cite dans son livre les cas de Salzer et de Riedel, où l'on voit des cloisons saillantes en forme de peigne tapisser la surface interne du kyste. Ces cloisons offrent quelquefois l'aspect d'excroissances polypiformes dont les unes sont lisses, les autres frangées (Gussenbauër).

Quant à la structure intime : généralement on voit l'épithélium nucléaire des noyaux épithéliaux et quelques cellules, les unes libres, les autres rangées en tubes. Cet épithélium ressemble exactement à l'épithélium du pancréas. On constate en outre dans la plupart des cas l'existence de culs-de-sac glandulaires. Quant aux cloisons elles sont formées principalement de tissu conjonctif, au milieu duquel existent des vaisseaux, çà et là quelques débris d'acini. On peut rencontrer également de grandes cellules à épithélium cylindrique ; ces éléments se trouvent répandus principalement sur les cloisons intermédiaires.

Enfin certains kystes présentent, outre ces cloisons, des nodosités plus ou moins saillantes, débordant parfois la

surface du kyste de plusieurs centimètres (Riedel). Ceci se rapproche de l'épithélioma kystique, elles sont circulaires et présentent des lacunes qui sont en communication directe avec l'intérieur du kyste. Ces nodosités ont l'aspect d'un kystôme en voie de prolifération, leur structure rappelle celle des végétations adénoïdes; on y rencontre des cavités grandes et petites tapissées d'épithélioma cylindrique.

Contenu du kyste. — Le contenu du kyste est variable; il est tantôt clair, transparent, citrin, tantôt verdâtre, noir, jaune, café au lait, visqueux, demi-solide, chargé de globules graisseux, de substance athéromateuse. Plusieurs auteurs ont noté une coloration allant du jaune rougeâtre au brun foncé analogue au chocolat.

Enfin le microscope y a décelé, à côté des globules rouges, des globules granuleux et hyalins, des cellules lymphatiques (Zeemam et Der); on a noté la présence de débris épithéliaux. La plupart de ces kystes sont très riches en albumine, en séro-albumine, quelquefois en paralbumine et en séro-globuline. On y a noté l'urée, la présence de cristaux de cholestérine, rarement on constate la présence de suc pancréatique pur.

Quant à la quantité de liquide renfermé dans le kyste, elle est des plus variables, elle peut atteindre 5 litres, 10 litres et 11 litres.

CHAPITRE II

Étude clinique.

A. Symptômes. — Les kystes présentent ordinairement les mêmes signes que le cancer ; mais il est certaines particularités sur lesquelles il nous faut insister et qui dans bien des cas ont permis de diagnostiquer le kyste du pancréas et d'éliminer un cancer de cet organe. Deux cas peuvent se présenter, ou bien il y a plusieurs kystes mais petits n'ayant pas envahi tout le pancréas et ne donnant lieu ordinairement qu'à des troubles vagues que l'on est nullement tenté de rapporter au pancréas.

Ou bien au contraire il y a un seul kyste d'un volume assez considérable pour être senti à travers les parois abdominales par la palpation.

Il nous faut parler du début qui le plus souvent est assez caractéristique pour faire supposer un kyste du pancréas.

Ce début a été particulièrement noté par Riegner dans une étude sur la symptomatologie et le diagnostic des kystes du pancréas.

Dans certains cas à la suite d'un traumatisme, à la suite de grands écarts de régime, souvent sans cause appréciable, un individu est pris de vomissements violents, tenaces, furibonds, de douleurs névralgiques dans la sphère du plexus cardiaque se compliquant d'un collapsus prononcé ;

le tout donne l'impression d'une péritonite par perforation.

Ces accès se reproduisent un certain nombre de fois à des intervalles plus ou moins rapprochés tandis que les troubles digestifs persistent et que le patient maigrit visiblement et on ne tarde pas à s'apercevoir de la présence d'une tumeur dans la région épigastrique.

Parfois on n'a comme symptôme que des douleurs. Rien d'autre n'éveille l'attention ; l'appétit est conservé, les digestions sont normales, bref rien ne permet de soupçonner le début d'une maladie (Bœckel).

Puis viennent les symptômes comparables à ceux du cancer.

Ce qui peut faire faire le diagnostic; ce sont surtout les caractères de la tumeur.

L'apparition de cette tumeur peut se faire d'une manière insidieuse, sans fracas, sans cortège symptomatique autre qu'une certaine sensation de réplétion, de pesanteur dans la région supérieure du ventre.

D'autres fois elle peut être précédée ou accompagnée de l'un ou l'autre des symptômes que nous venons de décrire.

Tantôt son apparition est pour ainsi dire subite, tantôt elle se montre après un certain temps, tantôt enfin elle n'apparaît qu'au bout de quelques années. D'après Riegner son développement serait le plus souvent rapide (1).

Cette tumeur siège ordinairement à l'épigastre au voisinage de l'ombilic ou dans l'un ou l'autre hypochondre ;

(1) Sur le diagnostic et le traitement opératoire des kystes du pancréas par le D^r RIEGNER (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n^o 42, p. 957.

pouvant rester stationnaire pendant longtemps, subir des recrudescences subites ou envahir tout l'abdomen.

Cette tumeur est ordinairement sphérique, régulière, lisse à sa surface et unie, rarement présentant des bosselures. La consistance en est ferme. Cette tumeur est plus ou moins mobile ; la peau qui les recouvre est mobile et non adhérente ; elle est manifestement fluctuante ; bref elle donne l'impression d'un kyste. Souvent elle est animée de forts battements propagés par l'aorte sous-jacente, de telle sorte qu'on est porté à soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Cette tumeur est mate, mais pas toujours comme l'a bien montré M. Le Dentu, qui dans certains cas a pu obtenir un son hydroaérique, à cause de l'estomac placé au-devant de la tumeur. Ordinairement cette tumeur se délimite nettement du foie et de la rate par une étroite zone de tympanisme. Elle est peu douloureuse à la palpation et à la percussion. La distension gazeuse de l'estomac et du côlon transverse qui a une grande importance diagnostique fait voir que la tumeur est située en arrière de ces organes, que partout elle n'a pu se développer aux dépens de la bourse épiploïque.

Il est un signe que ces tumeurs présentent quelquefois, signe bien mis en avant par M. Hartmann, qui a fait voir l'importance et toute l'utilité qu'on en pouvait tirer : c'est ce qu'on appelle le ballottement.

Ce ballottement s'explique facilement par la situation même du pancréas. « Pour qu'une tumeur abdominale ballote, c'est-à-dire pour que les secousses qui lui sont imprimées par de petites pressions brusques sur la paroi abdominale postérieure se transmettent à elle en totalité et

soient perçues sous forme de ballottement par le palper antérieur, il faut que la tumeur tout en ne faisant pas partie intégrante de la paroi postérieure lui soit immédiatement juxtaposée ; faute de quoi la plus grande partie du mouvement imprimé par la secousse à la paroi postérieure est perdue dans le parcours de celle-ci à la tumeur. Seules par conséquent les tumeurs immédiatement en rapport avec cette paroi, particulièrement celles du rein, du pancréas, certaines tumeurs postéro-inférieures du foie etc., sont susceptibles de balloter avec netteté ».

Ces divers ballottements ne sont toutefois pas identiques et le ballottement de la tumeur du pancréas directement antéro-postérieur est à gauche et bien différent de celui des tumeurs rénales. « La sensation qui nous a paru s'en rapprocher le plus, dit M. Hartmann, est celle que nous avons eu mais à droite dans un cas de lobe flottant du foie ».

Ce ballottement peut être pratiqué avec ou sans anesthésie.

Il faut faire coucher le malade sur le dos, les jambes étendues, la tête légèrement relevée ou tout à fait basse. M. Guyon a fait remarquer que c'est dans cette position que les muscles de la paroi abdominale sont les plus relâchés, tandis que si l'on invite le malade à plier la cuisse sur le bassin, il résulte de cette attitude un état de contraction de ces muscles qui gêne beaucoup l'examen. Comme cette flexion a un avantage réel chez les sujets à ventre développé, on peut tourner la difficulté signalée à l'instant en chargeant un aide de maintenir les genoux au contact

ou en appuyant sur sa propre poitrine le genou du côté où l'on fait l'examen.

Suivant (1) qu'on se trouve placé à droite ou à gauche on glisse l'une ou l'autre main en arrière de la région costiliaque et l'on se sert des quatre derniers doigts de l'autre main réunis en faisceau pour déprimer lentement la paroi abdominale antérieure immédiatement au-dessous des fausses côtes un peu en dehors de la ligne blanche.

Puis on se sert de la première main pour imprimer d'arrière en avant de petites secousses qui doivent rejeter le rein vers la paroi abdominale antérieure, si leurs dimensions sont augmentées.

Comme la palpation bi-manuelle, le ballottement ne donne aucun résultat lorsque le rein est normal etc.

Nous emploierons pour le pancréas le manuel opératoire de l'éminent professeur M. Guyon.

Certains auteurs, Riegner en particulier, nous disent qu'une fois que par la constatation des symptômes qui précèdent le diagnostic de kyste du pancréas est devenu vraisemblable la ponction exploratrice peut fournir des éléments de certitude. C'est quand elle donne issue à un liquide contenant de l'albumine, le plus souvent aussi du sang avec des globules rouges, les uns altérés, les autres frais ainsi que des cellules granulo-graisseuses. Dans quelques cas on a constaté la présence du sucre dans l'urine.

Quand le kyste atteint un volume tel qu'il envahit la totalité de l'abdomen, un interrogatoire minutieux peut seul renseigner sur le point de départ de la tumeur et contri-

(1) LE DENTU. *Maladies chirurg. des reins.*

buer avec l'exploration minutieuse des organes abdominaux à éviter une erreur de diagnostic.

Marche. — Ordinairement très lente.

Durée. — Parfois très longue avec évolution continue progressive ne donnant le plus souvent que de la gêne.

Terminaison. — 1° La guérison peut se faire soit que l'on intervienne, soit que le kyste s'atrophie. 2° Par la mort, suite d'accidents soit généraux, soit locaux.

Les accidents généraux s'observent principalement dans les kystes d'un certain volume et surtout dans les kystes idiopathiques (Böckel). Ceux-ci sont l'apanage des kystes secondaires et résultent tout autant sinon exclusivement de la maladie primordiale.

Les accidents généraux sont des accidents de dénutrition générale dus à la compression, à la destruction, à l'atrophie du pancréas.

Les accidents locaux sont les hémorrhagies du kyste, les inflammations du kyste, la rupture du kyste dans le péritoine, le tube digestif, la compression des voies biliaires, l'occlusion intestinale, etc.

D'après cela on peut voir que le pronostic, tout en étant plus bénin que dans le cas de cancer, est encore et doit être réservé à cause des accidents qui peuvent se produire du côté du kyste.

TROISIÈME PARTIE

Cas intermédiaires au cancer type et au kyste type.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il nous faut maintenant aborder les cas intermédiaires au cancer type et au kyste type, et dire qu'à côté du cancer et du kyste il existe ce que l'on pourrait appeler l'épithélioma kystique.

Et cela n'est pas une simple vue de l'esprit, cela repose sur des données cliniques et surtout anatomo-pathologiques, peu nombreuses, il est vrai, mais toutefois assez nettes et claires pour entraîner la conviction.

Déjà dans les cas de kystes simples nous avons trouvé certains caractères que nous avons notés d'ailleurs en passant et qui semblaient en opposition avec la théorie courante des kystes par rétention. Nous rappellerons à cet égard les observations de M. Le Dentu qui a noté chez un malade un kyste du pancréas présentant à sa face interne un état grenu ; de plus en un point il était déprimé en une sorte de cul-de-sac au fond duquel s'était faite une perforation spontanée.

Dans un cas de Zubowski la face interne du kyste était couverte d'excroissances longues, molles et peu vasculaires.

Dans un autre de Riedel elle présentait des végétations creusées de cavités variables de dimensions et tapissées d'un épithélium cylindrique. D'autre part, dans les cancers du pancréas nous voyons signalé dans un certain nombre d'observations le voisinage de cavités kystiques, quelquefois considérables à côté de la vraie franchement cancéreuse.

Chez une opérée de Lueche, à côté d'un kyste contenant 27 pintes de liquide, on trouverait d'après l'examen de Rokitansky un tissu aréolaire offrant tous les caractères du cancer colloïde ; une tumeur extirpée par Martin contenait à côté d'un grand kyste renfermant environ 15 litres de liquide un grand nombre de cavités plus ou moins grandes, variant du volume d'une noix à un œuf de poule, toutes tapissées d'un épithélioma cylindrique.

Ces deux ordres de faits tendaient donc à nous faire admettre un lien entre les kystes simples et les cancers.

Nous nous trouvions amené à supposer qu'il s'agissait là d'une série d'affections de même ordre et qu'au pancréas comme à la mamelle on avait des épithéliomas évoluant suivant le type anatomo-pathologique et clinique cancer, comme en suivant le type anatomo-pathologique et clinique kyste.

Restait donc simplement à établir par des observations complètes la réalité de l'existence de ceux-ci. Nous avons trouvé à cet égard trois observations qui nous ont paru répondre absolument à notre idée et que nous reproduisons ici en totalité.

OBSERVATION IX. — Dr A. MARTIN (Communicat. à la Société de gynécol. de Berlin, séance du 14 février 1890, in *Virchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. 120, 1890).

Dans le courant de l'automne 1890, une femme de 50 ans que je connaissais pour l'avoir vue en octobre 1873, à la clinique de mon père, vint me consulter. Elle portait à cette époque déjà une volumineuse tumeur abdominale qu'on croyait être un kyste ovarique gauche. Sur la partie latérale droite de la tumeur on sentait une proéminence particulière, qui fut prise pour une adhérence intestinale. Les douleurs de la malade étaient très vives, on fit la laparotomie. Le diagnostic sembla se confirmer après l'ouverture du péritoine ; mais l'opération parut impraticable. En effet, l'intestin qui adhérait à la tumeur, était placé obliquement de gauche à droite et de haut en bas ; c'était le gros intestin. Le néoplasme semblait inclus dans une sorte de mésocôlon ; les adhérences étaient des plus serrées. On se demanda si l'ovaire en était bien le siège ou s'il était indépendant des annexes. Quoi qu'il en soit, on referma le ventre, jugeant plus prudent d'agir ainsi. Les suites furent normales, mais l'état de la malade ne s'améliora pas, bien entendu.

Au printemps de l'année 1876 l'opérée vint se faire examiner une deuxième fois. Je proposai à mon père, le Dr Martin, d'intervenir de nouveau ; il ne put s'y résoudre. A partir de cette époque la malade subit différents traitements palliatifs, sans grands succès. Peu à peu la tumeur augmenta de volume, si bien que la pauvre femme fut bientôt hors de service. Finalement, le dernier médecin qui avait été appelé auprès d'elle, le Dr Eisfeld, me l'adressa..

Je constate que l'état de la malade est sensiblement le même qu'il y a 16 ans ; seulement le ventre est devenu énorme ; sa circonférence qui alors était de 98 centimètres est actuellement de 1 m. 55 centimètres.

Il n'y a ni cachexie, ni amaigrissement notable. L'abdomen prolabe sur les cuisses, qui sont légèrement œdématisées, de même que les jambes. Miction et défécation très pénibles ; dyspepsie, anorexie.

Le kyste nettement fluctuant, remplit tout l'abdomen ; on peut délimiter en haut l'estomac, grâce à la percussion ; à gauche il y a de la matité partout ; à droite il y a de la sonorité jusque près de la symphyse pubienne. L'adhérence du côlon, précédemment décrite, peut être constatée facilement. La cicatrice de la première opération a la largeur

de deux travers de main. Il semble y avoir des adhérences entre la paroi abdominale, excessivement amincie et la surface du kyste, car le glissement de ces deux surfaces l'une sur l'autre est presque nul.

L'utérus est atrophié ; à droite on sent très nettement l'ovaire également atrophié. On ne perçoit pas l'ovaire gauche ; le segment inférieur du kyste proémine au détroit supérieur.

Comme antécédents, voici les renseignements fournis par la malade : Règles normales à partir de l'âge de 15 ans jusqu'à 48. Six couches, la première à 21 ans ; les autres tous les deux ans. Après sa première couche elle constata à gauche de l'ombilic une tumeur grosse comme un œuf, qui lui occasionna de vives douleurs. Cette tumeur paraissait mobile ; de temps en temps il y avait exacerbation des douleurs ; petit à petit elle augmenta de volume.

Après sa deuxième couche elle eut de violentes crampes d'estomac, survenues sans cause connue.

Dans son enfance elle avait eu la fièvre intermittente ; mais à part cela, elle avait toujours joui d'une excellente santé. Ses couches ont d'ailleurs été normales. Malgré les difficultés qui avaient fait surseoir à la première opération en 1873, le docteur A. Martin se décida à intervenir une seconde fois.

Opération le 8 octobre 1889. Incision de l'ancienne cicatrice ; celle-ci est faiblement adhérente à la tumeur sous-jacente. Le péritoine pariétal se réfléchit à gauche, tout près de l'ancienne cicatrice, sur la tumeur ; celle-ci d'origine rétro-péritonéale et sous-séreuse, a comprimé et effacé en quelque sorte la cavité péritonéale. Le côlon descendant accolé au kyste se dirige de haut en bas et de gauche à droite. On incise le péritoine qui recouvre la tumeur, parallèlement au côlon et à une distance d'environ 7 centimètres de ce dernier. Cette incision met à nu la poche kystique, qui en cet endroit est résistante et fortement tendue. Grâce à cette incision, et après avoir écarté les intestins, le chirurgien décolle la surface antérieure du kyste, à partir du côlon transverse jusqu'à l'S romanum.

A ce moment il reconnaît que le néoplasme n'affecte aucun rapport avec les organes génitaux ; que ceux-ci sont normaux tout en étant atrophiés et qu'ils occupent tant à gauche qu'à droite leur situation habituelle.

Cela fait, M... incise le kyste et évacue 15 litres de liquide dont 12 peuvent être recueillis. Un examen approfondi permet de reconnaître

que la tumeur a pris naissance dans le voisinage du pancréas. La main, introduite dans le ventre, pénètre vers le bord inférieur du rein gauche jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen; on sent battre l'aorte et l'on touche les vertèbres. La tumeur s'étend en haut jusque dans l'estomac dans la région du duodénum.

En attirant fortement le kyste en avant, on arrive à le dégager du péritoine, du mésentère et des intestins; de cette façon on arrive à le mettre à nu, sans grande perte de sang, jusque tout près des vertèbres. Ce n'est qu'à ce niveau qu'apparaissent de gros vaisseaux; en haut des branches volumineuses provenant, sans aucun doute, de l'artère splénique; plus bas une veine de la grosseur du pouce (veine splénique ?) qui est sectionnée entre deux ligatures.

La poche kystique, dont les parois étaient à ce niveau considérablement épaissies, est isolée jusque près de son origine. Un pédicule de la largeur de deux doigts renfermant d'énormes vaisseaux, est constitué, puis fragmenté en deux faisceaux, liés isolément avec un fil de catgut. Le kyste est sectionné au-devant des ligatures, et aussitôt le pédicule disparaît dans la profondeur.

L'estomac et le côlon reprennent aussitôt leur situation normale; les intestins, refoulés à droite par la tumeur, peuvent également être réintégrés en place. Les bords de la plaie tégumentaire sont recouverts dans une étendue de 6 à 8 centimètres d'une couche épaisse de fibrine. Du côté gauche, le péritoine pariétal est décollé; il en est résulté un espace mort sous-péritonéal. La peau est en excès; on en retranche du côté gauche une bande de 8 centimètres, du côté droit une bande un peu moins large. L'incision remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic, qui est réséqué avec la bande de peau en question. J'ajoute que la résection des téguments a porté jusque dans les tissus sains.

Suture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération, 42 minutes. Perte de sang minime.

Suites normales, comme le démontre la courbe thermique.

Du 1^{er} jour, 8 octobre au 17^e jour 24 octobre les oscillations thermométriques sont pour le matin de 36,9 à 37,5, et pour le soir de 37,2 à 37,6.

Le 24 octobre, exeat, guérie.

Le 4^e jour la malade eut sa première selle, après avoir rendu des gaz par l'anus dès le 3^e jour. Il n'y eut pas de vomissements, à part ceux

du chloroforme, ni aucun symptôme de péritonite. La guérison se fit avec une rapidité merveilleuse, et dès le 20^e jour la malade put quitter la maison de santé. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie (seize mois). L'ancienne opérée a une mine florissante ; toutes ses fonctions s'exécutent admirablement. Il n'y a jamais eu ni sucre, ni albumine, ni sang dans les urines.

Autopsie de la pièce. — Le kyste renferme environ 45 litres de liquide. Les parois ont encore une épaisseur de 2 à 3 millimètres, malgré une macération de quelques jours dans l'alcool ; à un certain endroit cette épaisseur est même plus considérable, sa coloration rosâtre tranche à ce niveau sur le reste de la préparation.

Cette paroi est constituée par des couches de tissu cellulaire ; pauvre en vaisseaux, si l'on excepte la partie rosée, plus compacte que le reste : La partie interne du kyste est tapissée par un épithélium cylindrique, recouvert par un dépôt fibrineux d'aspect rouge-brunâtre. Par-ci, par là on constate de petites ecchymoses parsemées de corpuscules graisseux. Au niveau de la portion hypertrophiée existent de gros vaisseaux, qui s'étalent sur la paroi externe de la poche, sous forme de vaisseaux artériels volumineux et d'une veine grosse comme le pouce. Ces vaisseaux, comme il a été dit plus haut, avaient été liés au cours de la laparatomie.

L'intérieur de cette partie hypertrophiée renferme un grand nombre de kystes plus ou moins gros, variant du volume d'une noisette à celui d'un œuf d'oie. Le contenu de ces derniers est variable : les uns renferment un liquide analogue à celui du kyste principal ; d'autres, un détritus sanieux, d'autres du sang coagulé, d'autres enfin du sang presque frais. Tous ces kystes sont tapissés d'un épithélium cylindrique, aplati par la pression du liquide qu'ils renferment. Les plus petits de ces kystes contiennent des cellules cylindriques ayant subi la dégénérescence graisseuse, des cellules graisseuses normales, puis des amas de graisse sur la périphérie desquels on rencontre un épithélium cylindrique dégénéré. Ces petits kystes sont sans nul doute des débris d'acini glandulaires ; à côté de ces kystes, on rencontre des lacunes remplies de sang extravasé, qui peuvent être considérées comme des ectasies vasculaires. Ces espaces lacunaires, véritables sinus, ont un endothélium, tapissé de cellules fusiformes.

On trouve encore des extravasas de sang en dehors de ces lacunes, entre les mailles du tissu cellulaire.

Ces espaces ne communiquent pas entre eux ; ils affectent la forme d'ectasie en rosaire.

Il n'y a pas de canal excréteur dans cette tumeur, qui a la forme bien connue du pancréas, en marteau agrandi.

Le liquide kystique est brun, visqueux ; par le repos sa surface se recouvre d'une couche épaisse de cholestérine ; au fond du vase se forme un dépôt de mucosités. Le liquide malheureusement fut souillé et ne put être examiné à fond ; on y constata cependant une grande quantité d'albumine. Mais on ne put vérifier s'il transformait l'amidon en sucre, car on y avait versé par mégarde une solution de sublimé.

L'auteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

D'après les données précédentes, nous pouvons affirmer que nous avons eu affaire à un kyste pancréatique, ou mieux à une tumeur kystique développée dans le pancréas. La preuve que le pancréas a subi cette dégénérescence kystique dans sa presque totalité nous est fournie par l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de démontrer la présence du canal de Wirsung. Cette dégénérescence particulière du pancréas en tissu connectif nous prouve, d'autre part, la destruction du tissu pancréatique ; nous pouvons également admettre avec vraisemblance que le contenu des différents kystes décrits a perdu par là les qualités caractéristiques du suc pancréatique.

D'autre part, on ne saurait invoquer contre notre opinion l'argument que le canal excréteur faisait défaut. Car, dans ces sortes de dégénérescence scléreuse, ce ne sont pas seulement les éléments de la glande proprement dite qui sont transformés et qui disparaissent, mais bien aussi les canaux excréteurs eux-mêmes.

En somme, il s'agit dans ce cas d'une dégénérescence kystique ayant porté sur un pancréas détruit par un processus interstitiel chronique.

OBSERVATION X de M. MÉNÉTRIER, prise dans le livre de MM. HANOT et GILBERT (*Études sur les maladies du foie*, 1888). — *Cancer primitif du pancréas avec cirrhose*. — *Cancer secondaire des ganglions rétro-pancréatiques, du duodénum, du canal cholédoque et du foie*. — *Histologiquement ; épithélium tubulé*.

R. Marie, âgée de 69 ans, entrée le 6 août 1883 salle Royer, lit n° 8, à l'hôpital Tenon, service de M. Troisier.

Histoire clinique (janvier 1884). — Malade cachectique, présentant, à

l'union des régions ombilicale et épigastrique une tumeur du volume d'une tête de fœtus, assez dure, mobile sous la peau et profondément mais dans des limites assez peu étendues, ne paraissant pas se continuer avec le foie. Cette tumeur est peu douloureuse à la pression mais elle est le siège de douleurs spontanées très intenses, qui s'irradient vers les reins et les cuisses. Elle date déjà de fort longtemps, puisque c'est à cause de cela que la malade est entrée l'an dernier dans le service.

Le foie est assez volumineux, il ne paraît pas déformé et n'est pas douloureux à la pression. L'exploration du reste de l'abdomen ne dénote rien de plus. Rien au cœur. Dans les poumons râles de bronchite, un peu d'emphysème. Anorexie absolue, peu de vomissements, diarrhée par fois.

Par la suite, l'état de la malade est allé s'aggravant de jour en jour sans que les phénomènes locaux se soient modifiés sensiblement et surtout sans que rien soit venu attirer l'attention du côté du foie.

Mort le 27 avril 1884.

Autopsie (28 avril). — Plèvres saines ne renfermant pas de liquide.

Poumons emphysémateux, pas de tubercules.

La trachée et les branches renferment du muco-pus ; leur muqueuse est violacée, épaissie, légèrement ramollie. Le cœur est sain. L'aorte présente quelques plaques graisseuses à son origine.

Pas de liquide et pas de fausses membranes dans le péritoine.

Dans la cavité abdominale, on trouve en arrière de l'estomac et du gros intestin une tumeur volumineuse grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Elle occupe la tête du pancréas et est située dans la concavité du duodénum auquel elle adhère intimement. En avant elle ne présente d'adhérence ni avec l'estomac, ni avec le gros intestin, ni avec la paroi. En arrière, elle n'est pas davantage unie à la veine porte ni aux gros vaisseaux. Elle se continue en dedans avec le corps du pancréas qui n'est plus que fort lâchement uni à la colonne vertébrale. Cette tumeur est de forme arrondie, de consistance molle et fluctuante. Elle est formée par une vaste poche remplie de liquide puriforme où se rencontrent des lambeaux de tissu désorganisé. La surface interne du kyste est anfractueuse, déchiquetée, formée par des tissus en voie de désintégration avec des lambeaux flottants et des brides non vasculaires.

Les parois présentent une épaisseur de 2 à 3 centimètres, elles sont dans leur plus grande partie formées de tissu morbide assez mou et de

couleur blanc rougeâtre. En avant et en bas, ce tissu existe seul. En haut, il est doublé par une couche de tissu pancréatique de 1 centimètre d'épaisseur environ, dans laquelle chemine le canal de Wirsung.

En ce point, le tissu pancréatique est séparé du tissu cancéreux par une couche conjonctive assez lâche. A droite le duodénum est intimement uni à la masse cancéreuse et se laisse même envahir par elle. En effet, en ouvrant la cavité de l'intestin, on trouve au-dessous de l'ampoule de Vater et se continuant avec le néoplasme pancréatique une masse bourgeonnante lobulée, peu consistante, de couleur verdâtre siégeant sur une étendue de 4 à 6 centimètres de diamètre.

L'ampoule de Vater n'est pas comprise dans cette masse et l'intestin paraît sain à son niveau, mais un peu plus haut, le canal cholédoque qui longe le même côté de la tumeur est, lui aussi altéré. On y trouve à 3 centimètres au-dessus de sa terminaison deux ou trois petits mamelons cancéreux, gros comme un pois, saillants dans sa cavité. Celle-ci est notablement dilatée, aussi ne le rétrécissent-ils que fort peu. En outre le canal cholédoque renferme deux petits calculs biliaires arrêtés près de son embouchure. La paroi postérieure du kyste est formée de tissu cancéreux renforcé par un groupe de ganglions dégénérés, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse noix. Ils sont tous constitués par un tissu mou, blanc, pointillé, rougeâtre et les plus gros sont ramollis à leur centre. A gauche la paroi du kyste se continue avec le pancréas qui, à partir du niveau des vaisseaux mésentériques, ne présente plus de tissu morbide.

Le pancréas est extrêmement long (18 cent. sans la tumeur, 28 cent. celle-ci comprise). Le canal de Wirsung est dilaté dans toute sa longueur au point de présenter les dimensions d'un crayon. Il est rempli d'un liquide purulent et visqueux. Mais à mesure qu'on se rapproché de l'intestin sa cavité diminue de plus en plus et à un centimètre de l'ampoule de Vater, il est complètement oblitéré, non par transformation cancéreuse de ses parois, car en ce point le tissu pancréatique non plus que les parois intestinales ne sont envahis, mais probablement par compression. Au point où le canal de Wirsung contourne la partie supérieure de la tumeur, il s'en détache une grosse branche, probablement le canal pancréatique accessoire qui suit un trajet récurrent puis vient s'ouvrir dans la cavité kystique. Tous les conduits excréteurs du pancréas sont dilatés et remplis de liquide purulent.

Le foie est très volumineux, il pèse 2,300 grammes, il n'est pas dé-

formé, sa surface est lisse, de couleur brune jaunâtre. On trouve à sa face supérieure, à peu de distance du bord antérieur, une nodosité blanchâtre du diamètre d'une pièce de 1 franc légèrement déprimée à son centre. En outre, au niveau du bord postérieur, au point d'insertion du ligament coronaire, le tissu du foie présente une zone d'au moins 5 centimètres de diamètre, de la même couleur blanc jaunâtre, parsemée de petits vaisseaux et qui semble former la paroi d'un gros kyste superficiel. On trouve encore, par places, à la surface de l'organe, de petites nodosités blanches, du volume d'une lentille, sans saillie ni dépression. Sur des coupes, le tissu hépatique présente sa consistance normale, il est de couleur jaune clair et paraît gras. Il renferme un assez grand nombre de nodosités cancéreuses de volume variable et à diverses phases de leur développement. Les plus petites, du volume d'une tête d'épingle, d'un pois ou d'une lentille, sont généralement arrondies, de couleur blanche ou blanc jaunâtre, de la même consistance que les tissus voisins dont elles se distinguent par leur couleur. D'autres plus grosses, du volume d'une noisette ou d'une noix assez bien limitées, sans que cependant on trouve à la périphérie une coque fibreuse nettement appréciable, arrondies ou d'apparence lobulée, présentant la même couleur blanche ou, par places, des points rouges hémorragiques, en piqueté ou en plaques. De celles-ci le centre est légèrement ramolli et la consistance de toute la masse est bien inférieure à celle du tissu hépatique voisin. Enfin au niveau du bord postérieur, on trouve un kyste cancéreux du volume d'une grosse orange, présentant une paroi formée de tissu morbide et épaisse de 3 centimètres en moyenne et contenant un liquide jaune assez semblable à de l'urine, sans détrit, ni lambeaux flottants de tissu mortifié. La cavité n'est pas cloisonnée, les parois sont peu anfractueuses, assez unies relativement à la caverne pancréatique. Le tissu qui forme la paroi du kyste est semblable à celui des autres nodosités cancéreuses. Sur un point, au niveau du ligament coronaire, nous avons vu qu'il arrivait à la surface de l'organe ; partout ailleurs il se délimite assez nettement du tissu sain. En quelques points pourtant on trouve des îlots de tissu hépatique englobés dans la masse morbide, comme aussi celle-ci envoie quelques prolongements irréguliers dans le parenchyme voisin. Les gros vaisseaux ne présentent pas d'altérations. La vésicule biliaire est très dilatée ; elle renferme un grand nombre de petits calculs peu volumineux, mous, friables et une grande quantité de bile d'un vert foncé.

Les gros conduits excréteurs biliaires sont également dilatés en raison des altérations que l'on rencontre à la partie inférieure du canal cholédoque. — L'intestin, moins le duodénum, est sain. Il renferme des matières colorées par la bile.

Les reins sont de volume normal, congestionnés, un peu durs, leur surface est un peu granuleuse, les capsules surrénales sont saines.

Rate volumineuse.

Organes génitaux sains.

Examen histologique. — Il a porté sur le pancréas, les ganglions lymphatiques rétro-pancréatiques, les parois du duodénum et du canal cholédoque ainsi que sur les différentes nodosités cancéreuses du foie.

1^o *Coupes du pancréas.* — Des coupes ont été faites sur les parties saines du pancréas et sur plusieurs points de la grosse nodosité carcinomateuse qui en son centre avait subi le ramollissement puriforme, donnant naissance à une véritable caverne cancéreuse.

Les préparations comprenant toute l'épaisseur des parois de la caverne cancéreuse et les parties saines adjacentes du parenchyme pancréatique sont les plus instructives. Examinées de dehors en dedans, elles présentent les particularités suivantes :

a) Tout d'abord se montrent les lobules du pancréas tassés au voisinage de la nodosité néoplasique. Ils sont séparés l'un de l'autre par des anneaux épais de tissu fibreux adulte. Cette sclérose péri-lobulaire atteint son maximum au voisinage de la nodosité cancéreuse, mais s'étend à la totalité du pancréas.

Les acini qui constituent les lobules pancréatiques n'offrent individuellement aucune altération ; ils sont séparés l'un de l'autre par du tissu fibreux un peu plus abondant qu'à l'état normal, de sorte qu'à la cirrhose péri-lobulaire du pancréas se joint un léger degré de cirrhose intra-lobulaire.

b) Puis vient une bande de tissu conjonctif de 1 millim. d'épaisseur qui sépare complètement les parties saines des parties malades. Dans cette bande conjonctive qui enkyste complètement la masse néoplasique se trouvent des éléments cellulaires et des vaisseaux. Les éléments cellulaires, tassés et aplatis entre les différentes lames du tissu fibreux, se rapprochent par leurs caractères micro-chimiques, les uns des cellules du pancréas, les autres des éléments de la masse cancéreuse ; ils sont les uns et les autres d'ailleurs en voie d'atrophie et de disparition

La plupart des vaisseaux contenus dans la capsule fibreuse sont dilatés et regorgent de globules sanguins ; il est cependant quelques artérioles dont les fibres élastiques végètent vers la cavité vasculaire qu'ils rétrécissent, ou même obstruent complètement.

c) Brusquement la capsule fibreuse s'arrête et fait place à la néoplasie cancéreuse. Celle-ci est formée de blocs cellulaires séparés les uns des autres par de fines travées fibreuses.

Sur certains points, les blocs cellulaires sont arrondis d'un volume à peu près égal ; ils sont régulièrement séparés par de minces cloisons conjonctives, de sorte que si les cellules constituant ne se coloraient trop vivement par le carmin, l'on croirait avoir sous les yeux l'image du pancréas normal avec ses acini réguliers et ses minces cloisons, mais d'ailleurs, la disposition se perd, certains blocs s'hypertrophient d'une façon démesurée et s'allongent sous forme de cylindres.

Les cellules cancéreuses sont pour la plupart régulièrement polyédriques ; accidentellement, elles se déforment et s'aplatissent. Elles sont de petites dimensions, formées d'un noyau et d'un protoplasma qui présentent les caractères suivants : Le noyau est arrondi, il devient ovalaire dans les cellules aplaties ; son diamètre est régulièrement de 8 à 9 μ ; sur aucun point on ne le voit prendre des proportions gigantesques ainsi que dans un grand nombre d'épithéliomes ; il est granuleux et se colore en rose clair par le picro-carmin, en violet par l'éosine hématoxyline ; le protoplasma est peu abondant, mais constant dans son existence, il est grenu et se laisse à peine teinter de jaune par le picro-carmin.

Par intervalles existent au sein de la nodosité néoplasique de gros tractus conjonctifs qui marquent le point de réunion des nodosités élémentaires. Sur quelques points se montrent de gros capillaires dilatés, indices d'une transformation hématoïde commençante.

d) En faisant glisser la préparation et en examinant les cellules cancéreuses de plus en plus distantes de la capsule fibreuse, on voit qu'elles subissent les modifications suivantes ; tout d'abord, elles ne laissent plus apparaître de noyau distinct et se teintent uniformément en rose puis elles se décolorent progressivement et finissent par se confondre en une masse commune, un peu grenue, très légèrement colorée en jaune clair qui définitivement tombe en ramollissement.

2° Coupes du canal cholédoque. — Les parois du canal cholédoque

sont infiltrées d'éléments cellulaires qui offrent la même disposition et les mêmes caractères que ceux du néoplasme pancréatique.

La couche muqueuse seule a échappé à l'envahissement cancéreux et apparaît simplement refoulée. Quelques vaisseaux capillaires sont énormément dilatés au milieu des masses épithéliales: il en est un qui est obstrué par un bouchon semi-hématique, semi-cancéreux.

3° *Coupe du duodénum.* — Les cellules sont surtout disposées ici sous forme de cylindres. Elles ont envahi les différentes tuniques de l'intestin, la muqueuse comprise et font dans la cavité intestinale une saillie en forme de champignon.

4° *Coupes des ganglions rétro-pancréatiques.* — Des coupes ont été faites sur deux ganglions dont l'un avait le volume d'un gros pois et l'autre le volume d'une noisette. Leur capsule est épaissie; leur substance est dans toute son étendue infiltrée d'éléments identiques à ceux de la nodosité pancréatique et disposés sous forme de blocs très irréguliers.

5° *Coupes du foie.* — Des coupes ont été faites sur six nodosités de dimensions progressivement croissantes ainsi que sur divers points non cancéreux du parenchyme hépatique.

A. *Coupe d'une nodosité des dimensions d'une tête d'épingle.* — Cette nodosité élémentaire est formée de blocs et cylindres cellulaires dont le diamètre ne dépasse pas le diamètre des travées hépatiques normales et dont les éléments constitutants sont polyédriques et offrent les mêmes caractères que ceux du néoplasme pancréatique.

Entre les divers blocs et cylindres cellulaires, se voient des cloisons conjonctives peu épaisses. Au pourtour du nodule cancéreux, le parenchyme hépatique, dont toutes les cellules sont infiltrées de grosses gouttelettes graisseuses, est légèrement tané.

B. *Coupe d'une nodosité du volume d'un gros pois.* — Cette nodosité est formée par la réunion de plusieurs nodules élémentaires nettement séparés les uns des autres par des bandes épaisses de tissu conjonctif. Individuellement chaque nodule présente les mêmes caractères que le nodule B avec cette différence que les blocs et cylindres cellulaires y sont un peu plus volumineux. Les contours de cette nodosité, vue dans son ensemble, sont régulièrement festonnés et nettement marqués par une bande conjonctive étroite qui sépare complètement la parenchyme hépatique infiltré de graisse de la masse néoplasique.

D. *Coupes d'une nodosité du volume d'une noisette.* — Formée par la réunion d'un grand nombre de nodules cancéreux élémentaires, son

contour est festonné et séparé du parenchyme hépatique par une bande assez épaisse de tissu fibreux. La partie centrale qui a subi la transformation angéiomateuse est exclusivement constituée par des bandes fibreuses et par des capillaires considérablement ectasiés. Cette transformation angéiomateuse paraît se faire d'une façon systématique, nodule par nodule, si bien qu'à côté des nodules peu vasculaires se trouvent des nodules à peu près complètement transformés en tissu cancéreux.

E. *Coupes d'une nodosité du volume d'un œuf de poule.* — Parmi les nombreux nodules élémentaires qui le constituent les uns sont formés de blocs et cylindres cellulaires dont le diamètre égale celui des travées hépatiques, les autres sont formés de blocs et cylindres énormes dont le diamètre peut dépasser 30 μ .

Ramifiés, anastomosés, terminés en cul-de-sac, ces cylindres rappellent de loin la disposition trabéculaire normale du foie.

A sa périphérie, cette nodosité est estimée par une capsule épaisse, en dehors de laquelle un grand nombre de capillaires du foie sont énormément dilatés.

F. *Coupes de la paroi du kyste cancéreux du volume d'une grosse orange situé au niveau du ligament cornaire.* — La paroi de ce kyste ressemble à la paroi de la caverne pancréatique ; nous n'insisterons donc pas sur ce point ; en dehors, parenchyme hépatique comprimé ; puis capsule fibreuse de un millimètre d'épaisseur renfermant un grand nombre de capillaires dilatés ; puis blocs et cylindres néoplasiques jeunes, en pleine activité ; blocs et cylindres néoplasiques dégénérés.

G. *Groupes du parenchyme hépatique en divers points non envahis par le cancer.* — Les lobules hépatiques ont perdu leur disposition trabéculaire.

Le foie paraît uniformément constitué par des cellules infiltrées de grosses gouttelettes graisseuses. Le tissu conjonctif des espaces n'est point modifié, les branches et les ramifications de la veine porte, des veines sus-hépatiques, de l'artère hépatique n'offrent rien d'anormal, les voies biliaires sont saines.

OBSERVATION XI, par le Docteur HENRI HARTMANN (Paris).

Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante-trois ans, que nous fîmes entrer le 16 septembre dernier à l'hôpital Bichat, dans le service de notre

maître M. F. Terrier, alors suppléé par notre ami le Dr A. Broca.

Cette femme racontait que depuis longtemps elle ne digérait pas très bien, mais qu'elle n'était réellement malade que depuis trois mois environ. Depuis cette époque, elle a perdu en grande partie l'appétit ; elle s'amaigrit et s'affaiblit d'une manière rapide ; elle souffre de douleurs abdominales et de plus constate l'existence d'une tumeur dont le volume s'accroît rapidement.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Réglée à treize ans, elle a eu quatre enfants, le dernier, il y a vingt-deux ans ; un est mort d'accident (noyé) ; les trois autres sont bien portants. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé à part une fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans. Sa ménopause s'est effectuée sans incident, à quarante-neuf ans. Elle est fille unique d'un père et d'une mère morts jeunes de maladies qu'elle ignore.

17 septembre 1890. — Malade amaigrie, à chairs flasques, à teint mat, un peu jaunet, sans coloration des conjonctives bulbaires. Perte relative de l'appétit ; depuis plusieurs mois elle a complètement cessé de manger des matières grasses, parce qu'elle ne peut les digérer.

Elle n'a cependant jamais de vomissements, mais souffre souvent de nausées le matin. Constipation habituelle ; matières colorées, d'apparence normale. La malade se plaint de douleurs spontanées, vagues, mal caractérisées, siégeant principalement au niveau de la ceinture et à gauche.

A la simple inspection, la peau du ventre est soulevée à gauche de l'ombilic par une tuméfaction de forme générale arrondie. — Au palper on délimite facilement une tumeur un peu plus grosse que les deux points réunis, mesurant environ 6 centimètres dans son grand diamètre vertical, 8 dans le diamètre transversal. Cette tumeur occupe presque toute la hauteur de la région ombilicale, elle confine à droite de l'ombilic, à gauche s'étend jusqu'aux limites du flanc correspondant. Sa forme générale est arrondie, assez régulière ; sa consistance ferme avec une certaine rénitence cependant. Elle semble à peu près immobile dans le sens vertical, mais jouit au contraire d'une certaine mobilité transversalement. Il semble supérieurement qu'elle soit reliée profondément par une sorte de pédicule à la face inférieure du foie. Lorsque plaçant deux doigts de la main droite sous la région dorso-lombaire gauche de la malade, on lui imprime à la paroi abdominale postérieure quelques secousses, les mouvements se transmettent inté-

grealement à la tumeur qui ballotte et choque la paume de la main gauche appliquée à plat sur la partie antérieure du ventre. A la percussion, la tumeur n'est franchement mate en aucun point ; la sonorité est néanmoins diminuée d'une manière manifeste à son niveau. Des anses d'intestin empiètent évidemment sur sa face antérieure. En haut, elle est manifestement séparée du foie par une zone un peu plus sonore dont la tonalité rappelle celle de l'estomac.

Ces diverses explorations déterminent un peu de sensibilité locale sans douleur vraie.

Le foie est augmenté de volume ; sa matité commence sur la ligne mamelonnaire à 5 centimètres au-dessous du mamelon et s'étend sur une hauteur de 11 centimètres ; son bord régulier empiète sur la région épigastrique.

L'estomac dilaté remplit l'hypochondre gauche.

On ne trouve pas de matité splénique.

Rien du côté du petit bassin.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire.

Le 9 octobre, nous faisons la *laparotomie* avec l'aide de notre ami le Dr A. Broca. Notre incision médiane traverse l'ombilic. Le ventre ouvert, nous voyons que l'estomac occupe la partie supérieure de l'incision et que de son bord inférieur se détache le grand épiploon soulevé ainsi que la grande courbure de l'estomac par une tumeur sous-jacente. Nous cherchons à relever l'épiploon, mais la tumeur se trouvant au-dessus du côlon transverse refoulé en bas, nous ne pouvons arriver à elle. Fendant alors transversalement l'épiploon gastro-côlique entre deux pinces courbes, à 2 centimètres au-dessous des vaisseaux gastro-épiploïques et parallèlement à eux, nous nous trouvons en présence d'une tumeur arrondie, tendue, manifestement rénitente, que nous ponctionnons avec le trocart moyen de l'appareil Potain. Nous retirons ainsi 200 grammes environ d'un liquide brun chocolat, opaque. Fermant l'orifice de la ponction avec une pince américaine, nous cherchons à décortiquer la tumeur partout adhérente. Cette décortication nous paraissant des plus difficiles, nous incisons franchement le kyste pour nous rendre compte de ses limites en explorant sa face interne. Celle-ci est lisse, régulière, le doigt va jusqu'à la colonne vertébrale et s'enfonce sur sa partie latérale gauche.

Dans ces conditions nous abandonnons toute tentative d'extirpation et

nous nous décidons à suturer les bords de l'incision du kyste aux lèvres de la plaie abdominale. Malheureusement la paroi, épaisse d'un centimètre environ, se déchire à la moindre traction. Aussi, après en avoir réséqué un fragment pour en faire l'examen, nous contentons-nous de fixer les bords de notre incision épiploïque aux bords de la plaie abdominale, constituant ainsi une sorte de canal épiploïque complètement isolé de la grande cavité péritonéale, et allant de l'incision du kyste à l'incision abdominale, immédiatement au-dessous de l'ombilic. La plaie abdominale est suturée au-dessus et au-dessous par une suture à trois étages. Un gros drain est insinué en haut et à gauche de la poche kystique.

Le *liquide* est brun chocolat, opaque, non visqueux ; il ne dépose pas ; la mousse est peu teintée, grisâtre ; il est albumineux et se coagule par la chaleur ; sa densité à 18° est de 1016.

L'analyse, qui en a été faite par M. Guerbet, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, donne 4, 90 p. 100 en poids de matières fixes, dont 4, 05 de matières organiques et 0, 85 de matières minérales.

Les *suites opératoires* ne présentèrent rien de bien particulier. La malade n'eut pas de vomissements, pas de fièvre, mais présenta le second jour qui suivit l'opération une teinte subictérique très nette des conjonctives qui disparut au bout de peu de temps ; le deuxième jour, elle urinait seule ; le quatrième jour elle rendait des gaz par l'anus. A partir de ce moment elle se trouva très soulagée ; les douleurs spontanées dont elle souffrait auparavant, avaient disparu. Du septième au douzième jour, il y eut un peu d'érythème des bords de la fistule. L'appétit revint en partie et la malade ne restait plus à l'hôpital qu'à cause de la persistance de la fistule, la poche kystique s'étant progressivement rétractée, lorsque vers le 18 novembre, les digestions redevinrent difficiles ; le 20, la malade était prise de vomissements répétés, abondants, et mourait le 28 sans fièvre, sans réaction abdominale, vomissant absolument tout ce qu'elle prenait.

Bien que depuis l'intervention, elle eut repris de l'appétit en partie, son état général était resté médiocre et l'amaigrissement manifeste.

Autopsie. — Je passe rapidement sur les détails de l'autopsie pour m'arrêter sur les lésions pancréatiques. Il existe des adhérences pleurales anciennes des deux côtés ; les reins sont un peu diminués, légèrement

granuleux. Il n'y a pas trace de péritonite. La vésicule biliaire contient de la bile normale ; pas de calculs. Le foie, un peu augmenté de volume, contient des noyaux cancéreux du volume d'un grain de chénevis à un pois semés dans son intérieur et sous sa capsule. L'estomac est dilaté, a une direction générale transversale ; l'orifice pylorique est libre, mais le calibre de la partie terminale de la troisième portion du duodénum est notablement diminué par suite de lésions pancréatiques à ce niveau.

La fistule passe entre le côlon transverse et la grande courbure de l'estomac ; le trajet est constitué par une sorte de canal épiploïque conduisant dans une cavité kystique vide et rétractée ; mais à côté de cette cavité kystique rétractée existent une série d'autres poches de volume variable, d'un pois à un poing d'adulte, transformant tout le corps et la queue du pancréas en une masse polykystique.

Les lésions se voient parfaitement lorsqu'on voit la pièce détachée par sa face postérieure.

La tête du pancréas est saine, le canal cholédoque en rapport avec elle ne présente rien de particulier. La dégénérescence kystique ne commence qu'au niveau du croisement du bord inférieur du pancréas par l'artère mésentérique. Les kystes encadrent la veine porte, adhérent à la 3^e et à la 4^e portion du duodénum en bas ; en avant un d'eux se fusionne complètement avec la paroi de l'estomac ; supérieurement, la masse polykystique est reliée par des adhérences péritonéales à la partie postérieure de la face inférieure du lobe gauche du foie.

Les kystes, isolés les uns des autres, de dimensions variables, d'un pois à un poing, contiennent du liquide épais, visqueux, grisâtre, absolument comparable comme aspect à celui des petites cavités du kyste multiloculaire de l'ovaire pour les petites loges ; plus fluide, rougeâtre, dans les grandes. Il est possible de suivre au milieu de ces kystes, et cheminant dans leur intervalle, sans communication avec elle, le canal de Wirsung dont la perméabilité est complète dans toute son étendue.

L'examen histologique de ces kystes, fait par notre ami A. Gilbert, montre qu'il s'agit d'un épithélioma kystique du pancréas avec néoformation de culs-de-sac glandulaires présentant des dilatations kystiques à tous les degrés.

Les observations ci-dessus et principalement celles de M. Ménétrier où l'anatomie pathologique et microscopique

est rapportée par MM. Hanot et Gilbert montrent que dans le pancréas comme dans le foie peuvent se développer deux variétés d'épithélioma :

1° L'épithélioma alvéolaire décrit dans les classiques, analogue à l'épithélioma hépatique alvéolaire.

2° L'épithélioma tubulé comparable à l'épithélioma hépatique trabéculaire. Comme l'épithélioma pancréatique hépatique trabéculaire, l'épithélioma pancréatique tubulé co-existe avec une cirrhose, comme lui, il est formé d'éléments qui procèdent manifestement des cellules glandulaires sécrétoires et qui se groupent en boyaux ou cylindres ; comme lui enfin il donne naissance à des nodosités qui tendent à l'enkystement.

CHAPITRE II

Étude clinique.

L'étude clinique de cet épithélioma kystique nous est singulièrement facilitée par ce que nous avons dit précédemment sur le cancer et les kystes du pancréas, et d'ailleurs comme nous devons facilement le prévoir cette troisième variété présente une évolution en quelque sorte intermédiaire à celle des cas dits cancers et à celle des kystes simples. On n'a qu'à se reporter à ce que nous avons dit plus haut à propos du cancer et des kystes, tant au point de vue des signes fonctionnels que physiques pour avoir une idée à peu près nette des signes de l'épithélioma kystique.

Dans deux des trois cas cités plus haut, à une certaine période de leur évolution les kystes se sont accompagnés d'une généralisation au foie. Dans un cas (Ménétrier) la malade est morte de cachexie au bout d'un temps extrêmement long. Dans un autre, celui d'Hartmann, la malade est morte avec des symptômes d'occlusion pylorique et cependant dans ce dernier cas, il n'y avait en aucun point de la tumeur de masse solide. C'était une dégénérescence kystique type avec des altérations cirrhotiques des portions voisines du pancréas, ainsi que le fait a résulté d'un examen fait par M. Gilbert. Nulle part il n'y avait de carcinome. Et cependant, bien qu'il ne se fut agi là au pancréas

que d'une agglomération de kystes, la production de tumeurs secondaires dans ce tissu du foie montre bien qu'il s'agit d'un néoplasme et non pas d'une simple cirrhose avec productions kystiques secondaires. La généralisation étant impossible dans ce cas.

Faut-il parler du diagnostic ?

Il est si malaisé, si ardu, que souvent il a été absolument impossible d'établir un diagnostic véritable avant l'opération. Et c'est ce qui nous fait hésiter un peu avant de vouloir affronter cet écueil ; et d'ailleurs il est si facile aujourd'hui de faire la laparatomie, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie et de formuler un diagnostic de visu.

Quoi qu'il en soit, sans vouloir entrer dans de longs détails, il nous faut faire il semble un peu de clinique. Au début quand il y a œdème, ascite, ictère et douleur, il faut faire le diagnostic différentiel, voir : si l'œdème se lie à une maladie cardiaque, à une maladie de Bright, à la chlorose, à la convalescence, à la phlébite, à la phlegmatia alba dolens. Il y a ascite, il faudra voir si cette ascite est liée à une maladie de cœur, à une maladie de Bright, à une hypertrophie de la rate, aux kystes, au cancer du foie, à la cirrhose atrophique, à la péritonite tuberculeuse.

L'ictère doit être distingué de toutes les maladies s'accompagnant d'ictère, ictère catarrhal, maladie de Weil, ictère grave, ictère dans les maladies aiguës, lithiase biliaire, cirrhose hypertrophique. Quant aux douleurs elles pourraient être confondues avec les douleurs de la péritonite, de la néphrite, pyélite, colique néphrétique, colique utérine, colique hépatique, ulcère de l'estomac, cancer de l'estomac, crises tabétiques, gastralgie, lombago, névral-

gie iléo-lombaire, entéralgie, colique saturnine. Nous passons rapidement pour arriver au cas où il y a tumeur.

Il faut savoir si elle est pariétale ou cavitaire.

Une tumeur de la paroi abdominale (Böckel) est une tumeur mobile dans le relâchement, et qui devient fixe quand le malade contracte ses muscles droits.

Tillaux conseille de marquer avec le crayon dermatographique le point culminant de la tumeur, puis de faire exécuter par le malade quelques mouvements forcés d'inspiration si la tumeur est dans la paroi, le trait marqué par le crayon et le point culminant de la tumeur restent fixes, sinon ils varient dans leurs rapports.

La tumeur est cavitaire lorsque, dit Tillaux (1), elle se développe dans l'espace sous-péritonéal, soit au niveau des reins, du pancréas ou du mésentère; elle refoule l'intestin au-devant d'elle, par conséquent toutes les fois que l'on rencontre une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, l'on devra penser qu'elle a pour point de départ l'espace sous ou rétro-péritonéal. Lorsque au contraire la tumeur se développe dans l'espace intra-péritonéal, elle vient généralement se mettre directement en contact avec les parois abdominales sans interposition d'anses intestinales.

Il faut noter enfin dans les cas difficiles le phénomène du ballottement sur lequel nous avons insisté et qui ne se présente que dans les tumeurs du rein et du pancréas.

Enfin dans les cas très difficiles on pourra recourir à la méthode que Minkowsky et Maunyn ont préconisée pour le

(1) Diagn. des tum. abd., in *Gazette des Hopit.*, 86, n° 95, page 758 et *Traité de chirurgie*, tome II, 1^{er} fascicule, pages 156 et suiv.

diagnostic des tumeurs de l'abdomen (Bœckel), méthode employée déjà par les chirurgiens américains.

Elle consiste à pratiquer le gonflement artificiel de l'estomac par le gaz acide carbonique et à faire des injections massives d'eau dans le gros intestin. On détermine d'abord la position de la tumeur, l'estomac étant vide et on enregistre exactement cette position sur un schéma-graphique, puis on fait avaler au malade du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique en quantité suffisante pour bien distendre l'estomac par le gaz acide carbonique.

On constate le déplacement de la tumeur abdominale ainsi obtenu et on l'enregistre sur le schéma; après avoir ensuite extrait de l'estomac au moyen d'une sonde œsophagienne mobile tout le gaz qu'il contenait, on verse dans le gros intestin 2 à 3 litres d'eau; l'eau est introduite au moyen de l'appareil à entonnoir de Hégar, à une pression modérée ne dépassant pas 30 à 50 millim. de la colonne barométrique, on enregistre alors sur le schéma le nouveau déplacement de la tumeur et aussi autant que possible la position des anses intestinales remplies d'eau.

Ayant pris une notion assez nette ainsi du siège de la tumeur et l'ayant localisée par suite en troubles fonctionnels et de son siège dans le pancréas, on pourrait se demander à quelle variété de tumeurs on a affaire. Le diagnostic est presque toujours impossible et c'est le plus souvent la laparotomie qui met sur la voie du diagnostic.

Il nous reste maintenant à faire le diagnostic avec les différentes tumeurs des organes voisins pouvant simuler une tumeur du pancréas.

Tumeur du foie. Ictère précoce, hypertrophie du foie

siège à l'hypochondre droit, tumeur plus mate que celle du pancréas, ne déplaçant pas ordinairement par les mouvements du diaphragme. Nodosités du foie cancéreux, etc.

Tumeur de la vésicule biliaire. Souvent, à la suite de la lithiase, tumeur inégale située plus à droite, peu mobile, indolore; ordinairement peu de troubles fonctionnels; quelquefois on sent la collision entre les calculs.

Cancer de la vésicule. Ictère précoce, rétention de la bile. Tumeur à l'hypochondre droit et non à l'épigastre. Douleurs. Bosselures.

Cancer de l'intestin. Prédominance des symptômes intestinaux, diarrhée, évacuations alvines chargées de sang, siège plus bas que l'épigastre.

Cancer de l'épiploon. Siège plus bas que l'épigastre, tumeur superficielle énorme.

Tumeur du mésentère. Médiane et très mobile de gauche à droite.

Engorgement des ganglions mésentériques, diagnostic très difficile et souvent même impossible.

Tumeur de la rate. Siège à l'hypochondre gauche, forme de rate ordinairement lisse, antécédents d'impaludisme ou de leucocythémie.

Tumeur du rein. Siège particulier dans les flancs, peu mobile, forme spéciale rappelant celle des reins, altération des urines, phénomènes du ballottement, mais non antéropost comme dans les tumeurs du pancréas.

Tumeur de l'estomac (cancer). Ordinairement plus superficielle, souvent allongée. Pituites, hoquets, renvois d'œufs pourris, dégoût des aliments et en particulier de la viande, vomissements, constipation, dilatation de l'esto-

mac, hypochlorhydrie, diminution de glucose ou de l'urée dans le sang ou les urines. Ganglions sus-claviculaires et iliaques de Troisier.

Il nous suffit de citer l'ulcère de l'estomac, la gastrite hypertrophique, etc.....

Anévrysme de l'aorte. Souffle, expansion.

Kyste des reins. Situation vers les flancs, augmentation du volume des reins, bosselures, pas de douleurs, pas de phénomènes de cachexie, pas de troubles urinaires ; ordinairement peu mobile ; quand la tumeur rénale occupe une position médiane elle peut être diagnostiquée encore par le procédé Minkowsky et Maunyn qui fait retourner la tumeur rénale en arrière à sa place.

Il nous faut noter les kystes de l'ovaire (début le plus souvent progressif de bas en haut sur les parties latérales, col de l'utérus dévié et remontant vers le côté du kyste, toucher vaginal et rectal). Les kystes des ligaments larges, les kystes du mésentère, le kyste hydatique du foie, les kystes de la rate, l'ascite, l'hydronéphrose, tout cela sera facilement diagnostiqué en y mettant un peu d'attention.

Certains auteurs emploient dans les cas difficiles la ponction exploratrice. C'est là un procédé mauvais qu'on ne peut que blâmer. D'une part dans la plupart des cas elle aide bien peu au diagnostic, car le liquide que l'on retire le plus souvent n'a pas de caractères assez nets pour pouvoir aider au diagnostic, d'autre part cette ponction entraîne souvent à sa suite des accidents très graves et souvent mortels. Ne fût-ce que pour cela, la ponction exploratrice devrait être prohibée.

Il nous faut citer d'après Bœckel les cas de Fenger, où

malgré la ponction exploratrice le diagnostic ne put être posé, le cas de Kulenkampf où le liquide retiré par la ponction du pancréas, clair comme de l'eau limpide, en imposa pour un kyste à échinocoques. Le cas de Senn où cette même exploration donna lieu à la même erreur, celui de Koat, où cette exploration fit croire à un kyste ovarique avec torsion du pédicule.

OBSERVATION XII. KULLENKAMPF. — *Ein Fall von Pankreas-Fistel.* —
Laparotomie. — (*Berlin Klin. Woch.* 1887, n° 7).

Ponction exploratrice. — Le trocart de l'aspirateur de Potain, après avoir traversé un centimètre de substance compacte pénètre dans une cavité, d'où on évacue un litre de liquide clair comme de l'eau limpide. On songe à un échinocoque. Ce liquide est riche en albumine, très alcalin, mais ne contient pas d'acide succinique, comme les kystes hydatiques.

Dans le dépôt de ce liquide, qui d'ailleurs ne se coagule pas par le repos, on trouve quelques rares globules sanguins avec quelques globules blancs.

OBSERVATION XIII. G. FENGER. — *On a case of traumatic cyst of the pancreas.* — (*Med. Journ. and Examiner.* Febr. 1888).

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur évacue un liquide foncé, jaunâtre, à réaction alcaline, sans éléments figurés autres que quelques globules sanguins.

Pas de diagnostic.

OBSERVATION XIV. SENN. — *Surgical treatment of cysts of the Pancreas.* — (*Americ. Journ. of med. sc.* July 1885).

La ponction exploratrice donne issue à un liquide légèrement visqueux, trouble, à réaction alcaline, avec forte proportion d'albumine, mais peu d'éléments cellulaires.

Cela suffit, je crois pour faire voir que la ponction ne peut pas servir au diagnostic. Mais elle peut entraîner des accidents graves et la mort soit par péritonite soit par perforation de l'estomac. Cela résulte des observations ci-dessous.

OBSERVATION XV. KUSTER. — *Zur operation der Pankreascysten aus der Berliner medicinischen Gesellschaft, Sitzung vom 9 febr. 1887, in Berl. Klin. Wochenschr.*, 1887, n° 9.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur, évacue un liquide trouble, jaune-rougeâtre, riche en albumine, avec des globules sanguins et quelques globules granuleux.

Par le trou de la ponction, une certaine quantité de liquide pénétra dans le péritoine et entraîna des symptômes de péritonite.

OBSERVATION XVI, LARDY. — *Ueber pancreascysten. Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte*, 1888, 1^{er} mai, p. 279.

Le 25 novembre 1887, on fait sous chloroforme un examen approfondi, suivi de la *ponction exploratrice*. Symptômes de *péritonite* pendant huit jours.

Plus loin nous lisons :

Etat actuel. — Pour l'heure, le malade accuse peu de douleurs ; quelquefois après les repas, vomissements. Urines normales. La recherche de la tripsine donne comme d'habitude un résultat négatif. Le liquide retiré quelques jours auparavant par la ponction est rouge-foncé, sanguinolent. L'examen microscopique dénote la présence de globules rouges, non altérés, des amas d'hématoidine (pas de beaux cristaux), des cristaux de cholestérine, pas de trace de cellules endo ou épithéliales.

OBSERVATION XVII. *Dégénérescence kystique du pancréas. Ictère par compression du cholédoque.* (*New York med. Record*, mars 1884).

Homme de 42 ans. Trois mois avant son admission à l'hôpital, il avait présenté à trois reprises différentes des symptômes de coliques hépatiques.

Depuis dix jours s'était déclaré un ictère.

Dans la région de la vésicule biliaire existe une tumeur de 4 pouces de diamètre ; elle est mobile, suit les mouvements du foie pendant la respiration et est soulevée par les pulsations de l'aorte. Une ponction exploratrice évacue quatre onces de liquide jaune-rougeâtre, qui se coagule par le repos. Deux jours après la ponction, la tumeur augmente notablement de volume ; le patient s'affaiblit de plus en plus, et meurt au bout de trente-six jours.

On peut voir d'après ce que nous venons de dire que la ponction exploratrice est inutile et dangereuse. Aussi un chirurgien habile et expérimenté, secondé par l'antisepsie, doit-il faire la laparatomie exploratrice, ainsi que l'a récemment affirmé notre vénéré maître, M. Terrier, dans une remarquable communication à l'Académie de médecine : « C'est une chose possible, presque facile et d'une innocuité indiscutable dès qu'on utilise soit la méthode antiseptique, soit mieux la méthode mixte à la fois aseptique et antiseptique. »

Et même dans un certain nombre de cas cette laparotomie exploratrice deviendra curative.

La laparotomie exploratrice est peu grave quand elle ne s'accompagne d'aucune manipulation abdominale, les malades guérissent toujours à la suite de ces interventions simples, quand elles sont aseptiques comme nous l'avons vu dans le service de notre maître M. Terrier à l'hôpital Bichat.

Peut-être les accidents consécutifs à la ponction sont-ils dus assez souvent à ce que les kystes du pancréas sont des kystes habités ; il y a là des recherches à faire, et jusqu'ici la seule observation où on ait noté l'existence de microbes à l'intérieur de kystes du pancréas est due à MM. Hartmann

et Louis qui ont constaté de la manière la plus nette dans le cas de kyste du pancréas l'existence d'un microbe dont les caractères ont paru se rapprocher de ceux du *bacterium coli communis*. C'est un fait qui demande des recherches nouvelles et nous croyons qu'il est utile pour l'avenir d'attirer l'attention des observateurs sur ce point.

Pour terminer, l'avenir nous dira ce que deviendront les malades opérés dans ces dernières années, le présent nous montre déjà qu'il y a parmi ces tumeurs kystiques des néoplasmes jouissant d'une certaine malignité. Comme les kystes de l'ovaire qui autrefois étaient considérés comme des tumeurs essentiellement bénignes et dont on reconnaît aujourd'hui dans tous les cas le caractère malin.

CONCLUSIONS

I. — Il existe au pancréas deux variétés de tumeurs : le cancer et le kyste.

II. — Ces kystes ne sont pas comme le veulent la plupart des auteurs des kystes par rétention.

III. — A côté de ces kystes et du cancer, il existe une variété intermédiaire dite épithélioma kystique bien démontrée par les observations et l'anatomie pathologique microscopique.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier. 30, passage Verdeau, Paris.
